LEHRBUCH
DER
PSYCHIATRIE

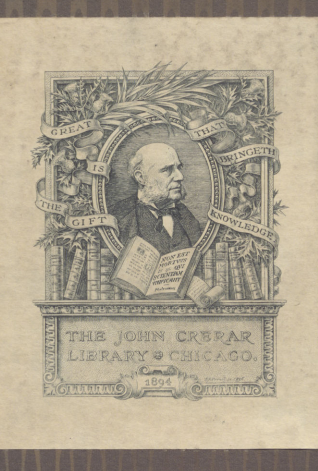
DRITTE AUFLAGE

BEARBEITET VON

BINSWANGER - CRAMER - HOCHE - SIEMERLING - WESTPHAL u. WOLLENBERG



GUSTAV FISCHER JENA


GREAT IS THE GIFT THAT BRINGETH KNOWLEDGE.
NON EST MORTVVS QVI SCIENTIAM VIVIFICAVIT
THE JOHN CRERAR LIBRARY CHICAGO.
1894

LEHRBUCH
DER
PSYCHIATRIE

bearbeitet von

Dr. A. CRAMER
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkranke in Göttingen, Geh. Med.-Rat

Dr. A. WESTPHAL
o. ö. Professor der Psychiatrie
Direktor der psychiatrischen Klinik in Bonn

Dr. A. HOCHE
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. Klinik in Freiburg i. Br., Geh. Hofrat

Dr. R. WOLLENBERG
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. und Nervenklinik in Straßburg

und den Herausgebern

Dr. O. BINSWANGER
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatrischen Klinik in Jena
Geh. Medizinalrat

und

Dr. E. SIEMERLING
o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel
Geh. Medizinalrat

Dritte vermehrte Auflage



JENA
Verlag von Gustav Fischer
1911

Vorwort zur II. Auflage.

Bei der Bearbeitung dieser II. Auflage waren die Herausgeber und ihre Herren Mitarbeiter bestrebt, durch Verbesserungen und Zusätze die Brauchbarkeit des Buches zu erhöhen. Neu hinzugefügt ist der Abschnitt über die forensische Psychiatrie. Die Vervollständigung des Sachregisters erschien notwendig, um die einzelnen Abschnitte des Lehrbuches in engere Fühlung zueinander zu bringen.

Die Herausgeber.

Vorwort zur III. Auflage.

Auch bei dieser III. Auflage ist die klinisch-deskriptive Aufteilung und Bearbeitung der Geistesstörungen beibehalten worden. Dabei ist in den einzelnen Abschnitten den Fortschritten der ätiologisch-klinischen und pathologisch-anatomischen Forderung ausgiebig Rechnung getragen worden.

Die Herausgeber.

Inhaltsverzeichnis.

Allgemeine Psychiatrie.

Von

O. Binswanger, Jena.

Einleitung.

Die Psychiatrie umfaßt den Teil der Allgemeinerkrankungen des Gehirns, welche vorwaltend mit Störungen der psychischen Vorgänge verknüpft sind. Diese psychischen Vorgänge sind an die Funktion der nervösen Elemente der Hirnrinde gebunden; cortikale Störungen müssen demgemäß als Ausgangspunkt der psychischen Krankheitserscheinungen bezeichnet werden. Man kann deshalb im engeren Sinne sagen: die psychischen Krankheiten sind Allgemeinerkrankungen der Großhirnrinde. Die anatomischen Veränderungen, welche diesen cortikalen Funktionsstörungen zugrunde liegen, sind bislang nur zum geringsten Teil aufgehellt. Es hängt dies nicht allein mit der Schwierigkeit der anatomischen Untersuchung der cortikalen Nervenelemente zusammen, sondern beruht auch sicherlich zum großen Teile auf dem besonders gearteten Verhältnis zwischen den biochemischen und biomechanischen Vorgängen der cortikalen Neurone. Der Gedanke ist naheliegend, daß der psychischen Tätigkeit, den höchststehenden und verwickeltsten Lebensäußerungen, ein Substrat entspricht, welches sowohl hinsichtlich des Baues, als auch der Leistungen seiner elementaren Bestandteile — der Neurone — die höchsten Anforderungen erfüllen muß. Die Aufnahme von Reizen, ihre intracortikale Verarbeitung und die Entsendung von Erregungen unterliegen hier schon unter physiologischen Bedingungen den weitgehendsten Schwankungen, welche nicht nur von der Intensität der Reizwirkungen und von dem Tätigkeitszustande des von dem Reize betroffenen Neurons, sondern auch von den Einwirkungen abhängen, welche durch andere, mit diesem Neurone in leitender Verbindung stehende Neurone auf dasselbe ausgeübt werden.

Es ist bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse unmöglich, das physiologische Problem, welches uns bei der Untersuchung der körperlichen Grundlagen der psychischen Erscheinungen gestellt ist, zu lösen. Um aber zu einer einigermaßen zutreffenden Kennzeichnung der cortikalen Innervationsvorgänge zu gelangen, ist es unerläßlich, sich gewisse Grundlehren der physiologischen Mechanik der Nervensubstanz zu vergegenwärtigen.

Jede äußere Einwirkung auf nervöse Elemente, welche ihre Funktion anregt oder abändert, wird Reiz genannt. Aeußere Reize sind die physikalischen und

chemischen Einwirkungen, die von der Außenwelt ausgehen, innere („automatische") Reize nennt man alle diejenigen reizenden Einflüsse, die in den die Nervenelemente umgebenden Geweben und Organen ihren Sitz haben (Blut, Gewebsflüssigkeit usw.).

Jeder Reizvorgang ruft Veränderungen in dem der betreffenden Reizform angepaßten Sinnesorgan und in den mit demselben in leitender Verbindung stehenden Teilen des Zentralnervensystems, so vor allem auch in den zentralen Sinnesflächen der Hirnrinde, hervor.

Es ist ein allgemeines biologisches Gesetz, daß jede Funktion mit einem Zerfall lebendiger Substanz einhergeht, deren Kraftäußerungen vor allem an die chemische Energie des Protoplasmas gebunden sind. Nach Verworns Annahme haben wir in einem Teil des lebenden Protoplasmas, in den Biogenen, die eigentlichen Träger der Funktionen desselben zu suchen. Diese Biogene sind äußerst kompliziert gebaute Eiweißverbindungen, die sich durch eine große Neigung zum Zerfall, eine intensive Labilität, auszeichnen. Bei der Funktion tritt ein Zerfall der Biogene ein, dieselben restituieren sich in der darauffolgenden Ruhepause wieder zu ihrer ursprünglichen Zusammensetzung. Man bezeichnet die beiden Phasen des Zerfalls und Wiederaufbaues der Biogene auch als ihre Dissimilation und Assimilation. Soll das Leben des Protoplasmas erhalten bleiben, so muß jede Dissimilation von einer Assimilation gefolgt sein und zwar schließt sich nach der allgemein üblichen Annahme die letztere unmittelbar an die erstere an.

Auch in dem Nervengewebe der Hirnrinde ruft der bis dahin fortgeleitete Reizvorgang eine Dissimilation der äußerst labilen Biogene dieses höchst organisierten Protoplasmas hervor und in diesem Zerfall haben wir nach unseren derzeitigen Anschauungen den materiellen Parallelprozeß der psychischen Erscheinungen zu sehen.

Das Zusammentreffen zweier Reizungen im gleichen Neurone wird als Interferenz der Reizungen bezeichnet. Ihre Wirkung tritt bald als Steigerung (Bahnung), bald als Verringerung (Hemmung) eines im Ablauf befindlichen Erregungsvorganges hervor. Von den besonderen Bedingungen, welche das Ergebnis einer Interferenz von Reizungen bestimmen, sei hier nur die für die Pathologie wichtigste hervorgehoben: der Zustand des nervösen Zentralorganes. Bei normaler Leistungsfähigkeit werden durch Interferenz eher hemmende Wirkungen, bei Erschöpfung eher erregende Wirkungen ausgelöst. Eine Verringerung oder Aufhebung von nervöser Funktion kann demgemäß bedingt sein einerseits durch wirklichen Ausfall bestimmter Arbeitsleistung und andererseits durch Hemmung einer bestehenden Erregung infolge interferierender Reizwirkungen.

Uebung im Sinne dieser Prinzipien der Zellenergetik kennzeichnet die Tatsache, daß durch öfters wiederholte gleichartige Reizungen die Fortleitung von Erregungsvorgängen in einer bestimmten Richtung erleichtert wird. Es werden so „ausgeschliffene Bahnen" mit verringerten Leistungswiderständen geschaffen. Unter vikariierender Funktion verstehen wir den Uebungserfolg, wenn unter geeigneten Bedingungen die Reizung innerhalb der zentralen Substanz neue Bahnen zu anderen, funktionell nahestehenden Neuronen einschlagen kann, nachdem durch Krankheitsprozesse die früheren Funktionsträger vernichtet worden sind.

Die moderne Forschung über die histologische Zusammensetzung des Nervengewebes hat dazu geführt, daß man in den Neurofibrillen den eigentlichen leitenden Teil des Nervensystems zu suchen habe. Die Neurofibrillen sind die Hauptbestandteile der Achsenzylinder, wie man schon lange weiß; die neueren Untersuchungen haben dieselben aber auch im Inneren der Nervenzellen und deren Protoplasmafortsätzen nachgewiesen, so daß der prinzipielle Gegensatz, den man bezüglich der Funktion zwischen Axonen und Protoplasmafortsätzen annahm, nicht mehr gerechtfertigt erscheint. Beide Arten von Fortsätzen der Nervenzelle enthalten Neurofibrillen d. h. reizleitende Elemente. Auch in den Rindenzellen der Menschen findet man diese Neurofibrillen und man nimmt weiter an, daß dieselben außerhalb der Zellen ein Netz (das perizelluläre diffuse Golgi-Netz) bilden, welches man auch als Neuropil bezeichnet hat. Die Forschung hat weiter feststellen können, daß die Annahme völlig getrennter Neurone, bei denen die Endbäumchen eines Neurons nur in mehr oder minder inniger Weise eine Nervenzelle umhüllt oder mit deren Fortsätzen in Berührung tritt, für das erwachsene Individuum nicht gut aufrecht erhalten werden kann, da die Neurofibrillen eine kontinuierliche Verknüpfung zwischen den Nervenzellen herstellen.

Die Uebertragung der der Biologie entnommenen Begriffsbestimmungen auf die psychischen Erscheinungen ist nur unter der klaren Erkenntnis der Tatsache statthaft, daß damit über das Wesen der psychischen Prozesse eine Aufklärung nicht geschaffen werden kann. Eine mechanistische Erklärung der psy-

chischen Vorgänge ist schlechterdings unmöglich. Läßt man alle erkenntnistheoretischen Erwägungen beiseite, so wird man notwendigerweise zu der Anschauung gelangen, daß die psychischen Vorgänge zwar regelmäßig von einem physischen Kräftewechsel, d. h. von materiellen Hirnrindenprozessen, begleitet sind, daß aber jedes dieser Gebiete selbständig für sich besteht (psychophysischer Parallelismus). Die einer psychischen Leistung, z. B. einer sogenannten Willenshandlung, entsprechende materielle Reihe ist verhältnismäßig einfach zu konstruieren. Ein peripherer taktiler (optischer, akustischer usw.) Reiz löst eine Erregung in dem zugehörigen cortikalen Sinnesgebiete aus. Mittels Assoziationsfasern wird diese Erregung auf andere, und zwar solche Rindenelemente übertragen, welche infolge früherer, auf gleichen Wegen stattgehabter Erregungen mit dem zuerst erregten Rindenelement schon in leitender Verbindung stehen. Es sind durch diese wiederholten gleichartigen Erregungen nicht nur Bahnen des geringsten Leitungswiderstandes geschaffen worden, sondern es wurden auch bleibende Veränderungen in den Nervenzellen bewirkt (Residuen der früheren Erregungsvorgänge; sog. latente Erinnerungsbilder). Erst nachdem eine mehr oder weniger große Reihe cortikaler Neurone miterregt worden ist, findet dieser Erregungsvorgang seinen Abschluß in der Erzeugung koordinierter Muskelleistungen, welche durch die Miterregung bestimmter Zellen, resp. Zellenkomplexe der cortiko-motorischen Region ausgelöst worden sind.

Flechsig unterscheidet auf Grund seiner entwicklungsgeschichtlichen Studien scharf zwischen Projektionszentren (diese Teile der Großhirnrinde stehen in direkter Verbindung mit den Leitungen, welche Sinneseindrücke zum Bewußtsein bringen und Bewegungsmechanismen, Muskeln anregen) und Assoziations- oder Koagitationszentren (Teile der Großhirnrinde, welche nicht direkt mit Sinneseindrücken von außen her oder aus dem Körperinnern, noch mit Bewegungsimpulsen zu tun haben, sondern Apparate darstellen, welche die Tätigkeit mehrerer innerer Sinnesorgane zusammenfassen zu höheren Einheiten. Sie sind somit Zentren der Assoziation von Sinneseindrücken verschiedener Qualität). Nur etwa ein Drittel der Großhirnrinde birgt nach Flechsig Projektionszentren, die übrigen zwei Drittel sind für die höhere, zusammenfassende Tätigkeit der Assoziationszentren bestimmt.

Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten.

I. Die Störungen der Empfindung.

In der psychischen Reihe entspricht der cortiko-sensorischen Erregung die Empfindung, während die mittels der assoziativen Verknüpfung miterregten Nervenelemente, welche die Residuen früherer, gleichartiger Erregungen enthalten, das materielle Substrat der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen sind. Der Ausgangspunkt der psychischen Reihe ist also eine Empfindung, an welche sich eine Reihe von Vorstellungen angliedert.

A. Intensitätsstörungen. Aufhebungen oder Herabsetzungen

der Empfindlichkeit (Anästhesien und Hypästhesien), bei welchen die Reizschwelle (d. i. die Reizstärke, welche eben ausreicht, um eine Empfindung auszulösen) abnorm hoch liegt, treten kaum als reine, der Geistesstörung als solcher zugehörige Krankheitserscheinungen auf; sie sind vielmehr meistens ein Zeichen dafür, daß die psychischen Krankheitsvorgänge Teilerscheinungen von Neurosen (z. B. Morbus Basedowii) und Neuropsychosen (vor allem der Hysterie und Epilepsie) sind, oder daß sie als Komplikationen materieller (peripherer, spinaler und cerebraler) Erkrankungen des Nervensystems (z. B. periphere Neuritis alcoholica, Tabes und Taboparalyse, multiple Sklerose, Dementia postapoplectica usw.) auftreten.

Das gleiche gilt von den Steigerungen der Empfindlichkeit (Hyperästhesien), bei welchen die Reizschwelle krankhaft erniedrigt ist. Die reinsten Formen kutaner Hyperästhesien bieten die neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszustände und die Hysterie dar. Doch findet man auch Steigerungen der Berührungsempfindlichkeit bei anderen psychischen Krankheitsformen, vor allem bei den akut einsetzenden Psychosen des Pubertätsalters. Fast immer ist mit der Steigerung der Berührungsempfindlichkeit eine Steigerung der Hautreflexe verbunden.

B. Die Störungen der sensoriellen Gefühle werden, soweit pathologische Verringerungen oder Steigerungen negativer Gefühle in Frage kommen, als Analgesien, resp. Hypalgesien und Hyperalgesien bezeichnet, während die gleichen Erscheinungen auf dem Gebiete der positiven Gefühle An-, resp. Hyphedonien und Hyperhedonien genannt werden.

Dabei gilt als Schmerz das negative Gefühl, welches sehr intensive Empfindungen begleitet, ganz abgesehen davon, ob zugleich eine pathologische Steigerung des peripheren Reizvorganges stattgefunden hat.

Da wir dem Gefühlselemente der Empfindung eine gewisse Selbständigkeit zumessen, so scheint es uns nicht ausgeschlossen, daß es auch einseitige Steigerungen der Gefühlsreaktionen gibt sowohl im Sinne der Hyperalgesien, als auch der Hyperhedonien, ohne daß eine krankhafte Steigerung der Empfindungsintensität vorliegt.

Die kutanen Analgesien und Hypalgesien gehören, soweit sie primäre Störungen der Gefühlselemente und nicht nur Begleit- und Folgeerscheinungen veränderter Bewußtseinszustände (Traum- und Dämmerzustände) sind, vornehmlich der Hysterie und Hysteroneurasthenie an. Doch finden wir auch beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn ein sehr erhebliches Sinken der Schmerzgefühle. Viel häufiger und praktisch bedeutsamer sind die Hyperalgesien, welche nicht nur bei der Hysterie und Hysteroneurasthenie, sondern auch bei allen Psychosen mit pathologisch veränderten Gefühlserregungen sehr ausgeprägt sein können. Die kutanen und tiefen Hyperalgesien geben sich bald nur bei Einwirkung mechanischer Reize kund, bald treten sie als sogenannte spontane, streng lokalisierte Schmerzen („topalgische") auf. Es sind hier die umschriebenen kutanen Hyperalgesien bei Erkrankungen innerer Organe (Head) und die sogenannten Druckschmerzpunkte besonders zu nennen. Letztere sind kleinere oder größere (bis fünfmarkstückgroße) umschriebene Stellen der Körperoberfläche, von welchen aus durch stärkeren Druck in den tiefer gelegenen Partien, einschließlich der Körperhöhlen, Schmerzen ausgelöst werden können.

Derartige Druckpunkte oder Druckzonen, von welchen aus die weitgehendsten Irradiationen des örtlich erzeugten Schmerzes hervorgerufen werden können, lassen sich in subkutane (Wirbel-, Skapular-, Interkostal-, Inguinal-, Symphysen-, Coccy-

geal- usw.) und viscerale Druckpunkte unterscheiden. Unter letzteren heben wir den Iliakal- (fälschlich Ovarie genannt), den Mammal-, den epigastrischen und den Paraumbilikaldruckpunkt (2 Finger breit seitlich vom Nabel) hervor.

Auch die Schmerzen, welche gewisse pathologische Organempfindungen (Gemeinempfindungen) begleiten (Hungerschmerz, Heißhunger, Bulimie), sowie die sog. Paralgesien, welche sich mit abnormen Empfindungen verschiedenster Art (Parästhesien) verbinden, können in das Gebiet der hyperalgetischen Krankheitserscheinungen hineingezogen werden.

Die Störungen der positiven Gefühlstöne, sowohl im Sinne der Hyper-, als auch der Afunktion, spielen in der Symptomatologie der Geistesstörungen eine große Rolle, doch sind sie nur selten als primäre, d. h. als Elementarempfindungen begleitende Gefühlsstörungen erkennbar. Sie beruhen vielmehr meistens auf Reflexionen der Gefühlstöne. Sie werden deshalb besser bei den krankhaften Gefühlszuständen besprochen (vgl. S. 38 ff.).

C. Die qualitativen oder inhaltlichen Störungen der Empfindungen (Sinnestäuschungen) zerfallen, wenn wir von den praktisch unwichtigeren Sekundärempfindungen (ein Reiz löst außer der Empfindung auf dem entsprechenden Sinnesgebiete noch eine weitere Empfindung auf einem anderen Sinnesgebiete aus) absehen, in Halluzinationen und Illusionen.

Als Halluzinationen bezeichnen wir Sinnesempfindungen, welche ohne Erregung des betreffenden Sinnes durch ein äußeres Objekt nur infolge innerer Reize auftreten. Ist der pathologische Reizvorgang, welcher Sinnesempfindungen auslöst, im Verlaufe der peripheren Sinnesnervenbahn gelegen, so entstehen elementare Sinnestäuschungen (subjektive Licht-, Klang-, Geschmacks- usw. Empfindungen), welche bei Geisteskranken unter dem Einfluß des wahnhaft veränderten Vorstellungsinhaltes und unter der Mitwirkung krankhafter Stimmungen der Ausgangspunkt neuer Wahnideen werden können. Diese Entstehung der Halluzinationen bei Geisteskranken ist immerhin selten. In der Regel sind pathologische Erregbarkeitszustände in den empfindenden Elementen der cortikalen Sinnesflächen selbst oder in den assoziativen Mechanismen, welche die Begriffs- und Urteilsbildung vermitteln, die Ursache. Im ersteren Falle kommt es meist zu einförmigen, sich monoton wiederholenden Halluzinationen in einzelnen Sinnesgebieten (stabile Halluzinationen; Kahlbaum); sie finden ein Analogon in den hypnagogischen Halluzinationen, welche bei neuropathischen Personen gar nicht selten vor dem Einschlafen auftauchen. Es handelt sich um einzelne Figuren, Blumen, Tiergestalten, Menschenköpfe u. dgl., seltener um einzelne Worte mit unbestimmter Klangfarbe.

Im zweiten Falle findet eine rückläufige Erregung von den latenten und aktuellen Erinnerungsbildern zu den zugehörigen Empfindungszellen statt. Wir sehen also, daß die cortikalen Sinnesflächen wohl immer der Ursprungsort der Halluzinationen sind, daß aber der Ursprungsort der pathologischen Erregung bald in der peripheren Sinnesbahn, bald, und zwar viel häufiger, in den Stätten der Vorstellungs- und Urteilsbildung gelegen sein kann; in jedem Falle fehlt aber ein von der Außenwelt herstammender Reiz.

Die halluzinatorische Erregung führt zu einer Fälschung des Urteils über den wahren Ursprung der Sinnesreizung, indem die Patienten ihre Halluzinationen auf Reize beziehen, welche entweder

von der Außenwelt oder wenigstens von Orten herstammen, welche außerhalb der betreffenden Sinnesbahn gelegen sind. Am häufigsten werden dementsprechend die Halluzinationen nach den Gesetzen der exzentrischen Projektion in die äußeren Sinnesfelder (Gesichts-, Klang-, Tast- usw. Felder) verlegt oder in die verschiedensten Stellen des Körpers selbst („innere Stimmen") lokalisiert.

Ganz verschieden gestaltet sich der Einfluß äußerer Reize auf den Ablauf der pathologischen Erregung.

Viele Kranke schließen die Augen, um ihren Visionen zu entgehen; andere halluzinieren nur nach Augenschluß. Manchmal treten Gehörshalluzinationen nur dann auf, wenn keine oder möglichst wenig äußere Gehörseindrücke stattfinden (z. B. wenn die Patienten sich die Ohren zustopfen, oder wenn nachts alles still ist, oder endlich bei Sträflingen in der Einzelhaft). In anderen Fällen sind umgekehrt äußere, wenn auch unbestimmte Gehörseindrücke notwendig zur Entstehung von Gehörstäuschungen („funktionelle Halluzinationen").

Bei der „Reflexhalluzination" (Kahlbaum) handelt es sich um die Auslösung einer halluzinatorischen Erregung in einem bestimmten Sinnesgebiete durch wirkliche Sinnesempfindungen auf einem anderen Gebiete. So können die später zu erwähnenden Sprechbewegungsempfindungen durch gehörte Worte erzeugt werden (A. Cramer).

Ebenso verschiedenartig gestaltet sich der Einfluß der Aufmerksamkeit auf das Auftauchen und Schwinden der Halluzinationen.

Manche Kranke sind von ihren Stimmen befreit, sobald sie sich einer bestimmten körperlichen oder geistigen Tätigkeit, welche ihre Aufmerksamkeit fesselt, hingeben. Auch neue, ungewohnte äußere Eindrücke, z. B. auf Reisen, können die „Stimmen" vorübergehend zum Schwinden bringen. Ein Teil der Patienten sucht aus diesem Grunde, um ihren „Peinigern" zu entgehen, anregende Gesellschaft auf oder betreibt eine die Aufmerksamkeit fesselnde Beschäftigung (z. B. Patience legen). Umgekehrt fliehen andere Patienten die Geselligkeit und suchen stille Orte auf, um ungehindert sich ihren Sinnestäuschungen hingeben zu können. In letzterem Falle gelingt meistens auch der direkte Nachweis, daß das Aufmerken auf die Stimmen, das „Hinhorchen", diese Halluzinationen verstärkt. Alte Halluzinanten können „willkürlich" Bilder hervorzaubern, wenn sie lebhaft an bestimmte Personen denken und dabei den Blick auf einen festen Punkt richten.

Andererseits beklagen sich die Kranken, wenn auch seltener, darüber, daß die Stimmen sofort schwinden, wenn sie genau auf sie achten. „Es gelingt mir nicht, das Schimpfwort zu erhaschen und den Urheber festzustellen; sobald ich ihm meine Aufmerksamkeit zuwende, verstummt er. Das reine Blendwerk der Hölle, das mich äfft und foltert!"

Wir finden Halluzinationen in allen Sinnesgebieten: Gesichtshalluzinationen (Visionen), Gehörshalluzinationen (Akoasmen, d. i. Gehörswahrnehmungen allgemeiner Art, und Phoneme, d. i. halluzinierte Wortklangbilder). Geschmackshalluzinationen, Geruchshalluzinationen, Berührungshalluzinationen (haptische Halluzinationen), kinästhetische Halluzinationen (Halluzinationen im Muskelsinne; Cramer) und Halluzinationen der Organempfindungen. Auf die klinischen Besonderheiten der Halluzinationen in den verschiedenen Sinnesgebieten wird bei der Schilderung der einzelnen psychischen Krankheitsbilder näher eingegangen werden; hier mögen nur die Verschiedenheiten kurz berührt werden, welche aus der wechselnden Intensität der Halluzinationen, aus ihrer größeren oder geringeren sinnlichen Lebhaftigkeit, sowie aus ihrer verschiedenen räumlichen Projektion entspringen.

Die Visionen sind bald einfache Funken, Sterne, Flammen, Blitze, bald unbestimmt umschriebene, schattenhafte und farblose, menschliche und tierische Gestalten oder Landschaftsbilder, bald treten die halluzinatorisch auftauchenden Gestalten mit greifbarer Deutlichkeit hervor, mit scharf markierten Gesichtszügen und (vorwaltend bei Epileptikern und Alkoholisten) mit bunt gefärbter Körperbedeckung.

So erlebte ein Alkoholist folgende Szenen: Eines Abends stand am Horizont gen Norden ein großes Luftschiff, das er bei der klinischen Demonstration nach Art eines großen Kahnes an die Tafel zeichnete. In diesem Schiff befand sich zahlreiche Mannschaft in blau und weiß gestreiften Drilljacken; auf dem Kopfe trugen diese sich lebhaft hin und her tummelnden Luftschiffer bunte, zum Teil rote Mützen. Bewaffnet waren sie mit langen Flinten. Sie landeten dann in der Nähe seines Hauses, schifften sich aus, umstellten seine Wohnung und beschossen dieselbe. Der Patient verrammelte rasch Tür und Fenster und kauerte sich auf einem Stuhl in seiner Wohnstube nieder. Plötzlich sah er unter dem Tische einen zottigen, schwarzen Hund, einen gelben Ziegenbock und einen alten, bunt gesprenkelten Hahn usw. Er entfloh darauf aus seiner Wohnung und wurde einige Stunden später, von Dorngesträuchen vollständig zerkratzt, aufgegriffen.

Die Visionen bei hysterischen und epileptischen Patienten sind ins Riesenhafte vergrößert oder im Gegenteil zwerghaft verkleinert oder zeigen endlich wirklich gesehene Objekte verdoppelt oder vervielfacht (halluzinatorische Diplopie und Polyopie). Eigentümlich und für die cortiko-sensorische Entstehung der Halluzinationen beweisend ist das Auftauchen von Visionen bei organisch oder funktionell (und zwar wiederum bei der Hysterie und Epilepsie) bedingten hemianopischen Defekten. Die Visionen tauchen vornehmlich in den Gesichtsfeldhälften auf, für welche die Gesichtsempfindungen bei Lichtreizen aufgehoben sind. In anderen Fällen kann man gerade bei den Visionen den Nachweis liefern, daß periphere Einwirkungen die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit der cortikalen empfindenden Elemente, die zur Entstehung der Halluzinationen notwendig ist, erst herbeiführen. Es gelingt dies z. B. durch den Liepmannschen Versuch bei Alkoholdeliranten selbst nach Ablauf der stürmischen Krankheitserscheinungen: bei Druck auf die geschlossenen Augen tauchen in den Gesichtsfeldern bald einfarbige, dunkle, bald bunte, mehr oder weniger scharf umrissene Tier- und Menschengestalten auf.

Bei den Gehörshalluzinationen sind die Akoasmen die verschiedensten unbestimmten Geräusche (Brausen, Donnern, Murmeln, Glockenläuten usw.); die Phoneme dagegen bestehen aus teils laut, teils leise gehörten Worten mit verschiedenster Klangfärbung. Besonderes Interesse beansprucht das, wenn auch seltenere, Vorkommen einseitiger Gehörstäuschungen, welche fast durchweg mit chronischen Erkrankungen des Mittelohrs und krankhaften elektrischen Reaktionen des Nervus acusticus (Jolly u. a.) verbunden sind. Es genügt dann die elektrische Reizung des Hörnerven, um die Gehörstäuschungen zu erzeugen.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sind sowohl bei akuten, als auch bei chronischen Halluzinationen verhältnismäßig häufig. Sie besitzen eine große praktische Wichtigkeit, weil sie sehr oft die Ursache sind, daß die Patienten die Nahrungsaufnahme verweigern.

Die haptischen Halluzinationen treffen wir am reinsten bei den toxischen (Alkohol-) Psychosen. Das gleiche gilt von den halluzinatorischen Organempfindungen. Außerdem sind sie sehr häufige Begleiterscheinungen des sog. physikalischen Verfolgungswahns.

So machte einer unserer Kranken einen tätlichen Angriff auf einen ihm völlig fernstehenden Herrn, weil er denselben beschuldigte, daß er ihm (dem Kranken) eine Elektrisiermaschine in den Leib praktiziert habe, welche unaufhörlich darin „herumrumore".

Die kinästhetischen Halluzinationen (Bewegungshalluzinationen) üben einen entscheidenden Einfluß auf die Körperhaltung und die Willkürbewegungen der Kranken aus und sind verhältnismäßig oft der Grund eigenartiger Zwangsstellungen und monotoner Abwehrbewegungen. Treten sie im Gebiete der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskulatur (Sprechbewegungsempfindungen) auf, so sagen die Kranken, daß ihnen die Zunge aus dem Munde gezerrt würde, oder daß sie bestimmte Gedanken oder Worte in ihrem Munde fühlten.

Als zusammengesetzte Halluzinationen bezeichnet man die Vereinigung der Halluzinationen mehrerer Sinnesgebiete zur Vortäuschung eines realen Objektes. Am häufigsten ist die Vereinigung von Visionen und Phonemen.

So berichtete ein Kranker: „Die Lichtgestalt Gottes in weißem Gewande, mit wallendem Barte und goldener Krone erschien mir auf einem Apfelbaume in meinem Hausgarten und rief mir laut und deutlich zu: »Wilhelm, wanke nicht!«"

Abänderungen der cortikalen Erregbarbeit, infolge deren Sinnesempfindungen ohne äußere Reize ausgelöst werden, können durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt sein. Wir erwähnen hier die akuten und chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Opium, Haschisch, Belladonna usw., die chronischen Metallvergiftungen (Blei), die infektiösen Prozesse (fieberhafte Infektionskrankheiten), anämische und kachektische Zustände (z. B. nach schweren Blutverlusten, postfebrile Erschöpfung usw.). Die Halluzinationen sind auch bei diesen Entstehungsbedingungen mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen verknüpft; vor allem bestehen zu gleicher Zeit mehr oder weniger intensive Bewußtseinsveränderungen, welche auf Störungen des assoziativen Mechanismus beruhen. Ferner finden sich halluzinatorische Erregungszustände im Verlaufe der Neurosen (Chorea, Epilepsie, Hysterie) entweder unter dem Einflusse heftiger Affekterregungen oder als Teilerscheinungen komplizierterer psychischer Krankheitszustände, welche auf dem Boden dieser konstitutionellen Neurosen als paroxystische Krankheitsäußerungen entstanden sind. Auch im Verlaufe derjenigen Geistesstörungen, welche durch anatomisch nachweisbare destruktive Prozesse der Hirnrinde ausgezeichnet sind (Dementia paralytica, arteriosklerotische Hirndegeneration, multiple Sklerose), treten Halluzinationen verhältnismäßig häufig auf.

Neuerdings macht sich das Bestreben geltend, die Heroen der Religionsgeschichte, vor allem Mohammed, den Apostel Paulus und Martin Luther, ja sogar Jesus (E. Raßmussen) zu Geisteskranken, zu Hysterikern und Epileptikern zu stempeln, weil sie gelegentlich mehr oder weniger sicher verbürgte halluzinatorische Erscheinungen dargeboten haben. Hierzu sei bemerkt, daß das Vorkommen vereinzelter Halluzinationen oder Illusionen durchaus kein Beweis für das Vorhandensein einer geistigen Störung oder auch nur psychopathischer Beschaffenheit ist. Unter dem Einfluß lange dauernder körperlicher Entbehrungen (Fasten), geistiger Ueberanstrengung, vor allem in Zuständen heftiger Affekterregungen (religiös-ekstatische Stimmungen) können Halluzinationen auch bei geistig gesunden Menschen auftreten.

Am wichtigsten und am bedeutsamsten für die Gesamtheit der psychischen Vorgänge sind aber diejenigen Halluzinationen, welche ohne besondere Beziehung zu den vorerwähnten spezifischen Schädlichkeiten, vornehmlich infolge krankhafter formaler und inhaltlicher Störungen der Ideenassoziation, Symptome akuter und chronischer Psychosen sind. Hier sind in erster Linie die akuten und chronischen paranoischen Zustände zu nennen, welche auf dem Boden konstitutioneller Veranlagung erwachsen sind. Es sind dann die Sinnestäuschungen vielfach das hervorstechendste Krankheitselement. Der krankhafte Erregungszustand, welcher das Auftauchen von Sinnestäuschungen verursacht, ist besonders bei chronischen Halluzinanten genauer zu verfolgen, weil bei ihnen die innigen Zusammenhänge der Sinnestäuschungen mit den Erinnerungsbildern aus den Aeußerungen der Patienten klarer erschlossen werden können. Die Stimmen (denn um solche handelt es sich bei diesen Patienten vorzugsweise) spiegeln den jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalt wieder (vermittelte oder begleitende Halluzinationen): die Kranken hören ihre eigenen Gedanken. Dieses Lautwerden der Gedanken („Doppeltdenken“) wird von den Patienten in verschiedene zeitliche Beziehung zu ihren Denkvorgängen gesetzt. Bald ist es ein „Mitklingen“, bald ein „Vorsprechen“, bald ein „Nachsprechen“. Selbst beim leisen Lesen rufen die Stimmen alle Worte vor; wenn der Kranke spricht, so werden ihm die Worte von außen laut zudiktiert. Alte Halluzinanten klagen auch darüber, daß die Stimmen nicht einfach ihre Gedanken wiederholten, sondern gewissermaßen als Aufpasser und Richter ihres Denkens ihnen Worte zuriefen, welche Urteile über ihr Wollen und Tun enthielten. Der ganze innere Vorgang des Denkprozesses, welcher sich in der Angliederung einfacher und zusammengesetzter Vorstellungen und in der Bildung von Urteilsassoziationen bis zur Gewinnung einer Zielvorstellung vollzieht, wird bei dieser sich fast ausschließlich in Halluzinationen bewegenden Gedankenbildung lebendig. Die Stimmen gliedern sich hier gar nicht selten in verschiedene Parteien.

So berichtete ein Kranker, daß eine Familie, bestehend aus Vater, Mutter und Tochter, ihn vollständig beherrsche. Die Stimme des Vaters sage ihm erst etwas vor, was er tun solle; die Mutter streite heftig dagegen, nenne ihn „Schafskopf“, „Lümmel“ usw., bis dann endlich die Tochter durch ihr befehlendes Wort die Entscheidung gebe. Durch diese Tochter sei er auch ins Unglück gekommen, da sie ihn gezwungen habe, gegen seine ausdrückliche Überzeugung die häßlichsten Majestätsbeleidigungen auf offener Straße auszurufen. (Der Patient war tatsächlich wegen Majestätsbeleidigung angeklagt; während der gerichtlichen Untersuchung wurde er als chronischer Geisteskranker erkannt.)

In anderen Fällen fassen die Stimmen die wechselnden Gefühlsinhalte in Worte zusammen. Erotische Gefühle und Strebungen wecken widerstreitende Vorstellungen und zugehörige Schamgefühle. Der ganze Widerstreit der um die Herrschaft ringenden Vorstellungen gipfelt dann in Schimpfworten („Schwein“, „Hure“ usw.). Einer unserer Kranken hört erst obszöne Worte, z. B. „Naturschwanz“, die ihn sittlich entrüsten und sofort eine Replik (z. B. „verdammter Kerl“) herbeiführen. In diesem Falle sind schon Uebergänge zu den unvermittelten Halluzinationen gegeben. Die Halluzinationen erscheinen bei diesen Entstehungsbedingungen als Einschiebungen in den im Ablauf befindlichen Denkprozeß, welche anscheinend ohne jede inhaltliche Beziehung zu demselben stehen. Hier muß angenommen werden, daß pathologische Erregungsvorgänge in latenten Erinnerungsbildern oder Komplexen von Erinnerungen statt-

finden, welche bewirken, daß diese Vorstellungen sich als fremdartige, der gesetzmäßigen Ideenassoziation gewissermaßen entrückte Ideen in den normalen Gedankenablauf störend hineindrängen (vgl. hierzu autochthone und Zwangsideen). Zugleich müssen begrifflich zugeordnete Wortklangbilder und Wortklangsempfindungen (Zwangsempfindungen) geweckt werden. Diese unvermittelten Halluzinationen können, wie das vorstehende Beispiel lehrt, zu den merkwürdigsten Neubildungen von Worten führen, welche gebildeten Kranken als widersinnige, ihnen aufgezwungene, „vorgeäffte“ Wortverbindungen erscheinen.

Die rückläufige Erregung cortikaler empfindender Elemente bei der Reproduktion von Vorstellungen mit großer sinnlicher Deutlichkeit ist von Kahlbaum als Reperzeption bezeichnet worden. Es besteht nach diesem Autor ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Stärke der Reperzeption und der Reizbarkeit der cortikalen Sinneszentren: je größer die Reizbarkeit dieser letzteren ist, desto leichter werden die Erinnerungsbilder das Gepräge der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer braucht dann die rückläufige Erregungswelle zu sein, um dieselben auszulösen, und desto unabhängiger werden sie vom Vorstellungsverlaufe sein (Kraepelin). Lediglich als Vorstellungen von großer Lebhaftigkeit sind die Einbildungstäuschungen (Kraepelin) aufzufassen, welche als psychische Halluzinationen (Baillarger), als Pseudohalluzinationen (Hagen) oder als Apperzeptionshalluzinationen (Kahlbaum) bezeichnet worden sind. Bei diesen von den Kranken selbst als innerliche Wahrnehmungen bezeichneten Pseudohalluzinationen handelt es sich höchstwahrscheinlich nur um eine Steigerung der rückläufigen Erregungswelle, nicht aber um eine erhöhte Erregbarkeit der cortiko-sensorischen Zentren.[1] Sie besitzen einerseits eine nahe Verwandtschaft zu den zusammengesetzten Halluzinationen, da sie meist mehrere oder alle Sinnesgebiete in zusammenhängender Weise umfassen, und andererseits zu den vermittelten Halluzinationen, weil sie in engster Beziehung zu dem aktuellen Vorstellungsinhalte stehen.

Umgekehrt sind die Perzeptionsphantasmen oder Wahrnehmungstäuschungen (Kraepelin) in der Hauptsache auf pathologische Reizzustände in den cortikalen Sinneszentren selbst zurückzuführen. Sie gehören fast ausschließlich der Gruppe der unvermittelten Halluzinationen an.

Kennzeichnend für den mächtigen Einfluß der Halluzinationen auf die inhaltliche Gestaltung der Wahnideen bei paranoischen Zuständen ist folgendes Beispiel:

Bei einem chronisch paranoischen Arzte waren die ersten Anfänge des Leidens in der Mitte der zwanziger Jahre durch ganz episodisch auftretende halluzinatorische Erregungszustände ausgezeichnet, in welchen beschimpfende Stimmen im Vordergrunde standen. Der intellektuell hochstehende Patient bewahrte damals noch in diesen krankhaften Phasen seine volle Besonnenheit und ließ sich in lange Diskussionen darüber ein, ob er die Worte wirklich gehört oder halluziniert habe. Er stritt förmlich mit seiner Krankheit und suchte auf allen Wegen der Wahrheit auf die Spur zu kommen. So fuhr er eines Tages allein in einem Nachen auf einen großen See hinaus. Als er dort eine Stimme hörte, sagte er sich, wie er nachträglich berichtete, „das muß eine Sinnestäuschung sein“. Wenige Stunden später ans Land zurückgekehrt, erklärte er trotzdem neue Phoneme als auf wirklichen Gehörseindrücken beruhend und beschuldigte den Wärter, ihn in der gemeinsten Weise beschimpft zu haben.

---

1) Der Ausdruck Zentrum ist hier überall nur im physiologischen Sinne als funktionelle Einheit gemeint und beansprucht keine bestimmte anatomische Bedeutung.

Alle Erfahrung und Belehrung ist wertlos geworden gegenüber dem bestimmenden Einfluß der Halluzination auf Denken und Handeln. Obgleich manche chronische Halluzinanten ihre Sinnestäuschungen von den wirklichen, auf äußeren Reizen beruhenden, auf „natürlichem Wege“ entstandenen Sinnesempfindungen zu unterscheiden vermögen, indem sie jene als andersgeartete, ihnen eingegebene, vorgegaukelte Wahrnehmungen bezeichnen, so sind sie doch außerstande, sich ihrem Einflusse zu entziehen. Nur dann, wenn bei akuten, heilbaren Fällen die Zahl und die Intensität der Sinnestäuschungen abnimmt, und wenn zugleich die normalen Urteilsbildungen an Kraft und Sicherheit die Ueberhand gewinnen, gelingt es den Kranken, ihre Halluzinationen allmählich aus dem Denkinhalte auszuschalten. „Ich höre noch hie und da einzelne Stimmen, aber sie sind mir gleichgültig geworden. Ich habe auch ein paarmal noch Bilder gesehen, aber ich kümmere mich nicht mehr um sie“, berichtete eine an periodischen halluzinatorischen Erregungszuständen leidende Patientin fast jedesmal beim Abklingen ihrer Krankheitsphasen. Ist bei chronisch verlaufenden Geistesstörungen ein tiefergreifender Intelligenzdefekt eingetreten, so kann, trotzdem auch weiterhin Phoneme vorhanden sind, infolge der geistigen Verarmung jede Einwirkung derselben auf das Tun und Handeln der Kranken vermißt werden. Das sind aber Ausnahmen, welche den Satz nicht erschüttern, daß die Sinnestäuschungen der maßgebende Faktor für die Handlungen der Kranken sind. Es beruht dies nicht auf einer größeren sinnlichen Lebhaftigkeit der Sinnestäuschung im Vergleich zu den normalen Empfindungen. Denn dieser übermächtige Einfluß der Halluzination bleibt sehr oft auch bestehen, wenn ihre sinnliche Deutlichkeit verhältnismäßig gering ist. Viel wichtiger erscheint die *Art und der Weg des Erregungsvorganges*, welche zur Entstehung der Sinnestäuschung geführt haben. Es sind eben pathologische Vorstellungsreize, welche ihre Grundlage in den Denkvorgängen der Kranken haben, die Ursache dieser begleitenden cortiko-sensorischen Erregungen. *Die Gehörstäuschung ist vielfach nur die Zusammenfassung wahnhafter Ideenbildung in knappen Worten.* Der ganze krankhafte Vorstellungsinhalt wird gewissermaßen in diese Worte hineingepreßt.

Die abnorm starke Gefühlsbetonung der Halluzination ist sicherlich außerdem ein wichtiges Moment für ihren entscheidenden Einfluß auf den weiteren Vorstellungsablauf. Er wird gehemmt vornehmlich durch angstvolle Halluzinationen (halluzinatorischer Stupor) und beschleunigt durch Halluzinationen, bei welchen Lust- und Zornaffekte vorwiegen (halluzinatorisch bedingte Ideenflucht). Doch ist es im einzelnen Falle (z. B. bei den epileptischen Dämmerzuständen) außerordentlich schwer zu unterscheiden, inwieweit die vorhandene Denkhemmung tatsächlich als eine Folgeerscheinung der halluzinatorischen Erregung oder als Teilerscheinung der pathologischen Verschiebung des cortikalen Erregbarkeitszustandes besteht. Das gleiche gilt von der sogenannten *halluzinatorischen Verwirrtheit*, bei welcher die Inkohärenz sowohl auf einer primären Störung der Ideenassoziation, als auch auf einer sekundären Lösung des gesetzmäßigen Zusammenhanges der Vorstellungen beruhen kann, indem massenhafte und auf den verschiedensten Sinnesgebieten auftauchende Halluzinationen sich in den Vorstellungsablauf hineinzwängen. Mit dieser Inkohärenz ist fast durchweg eine zeitliche und örtliche Unorientiertheit verknüpft. Die

Gesamtheit dieser Krankheitserscheinungen führt zu dem Zustandsbild der halluzinatorischen Dämmerzustände oder der halluzinatorischen Delirien (vgl. S. 15 u. 16).

Eine weitere Schwierigkeit besteht hinsichtlich der genaueren Feststellung des genetischen Zusammenhanges zwischen der Wahnbildung und dem Auftauchen von Halluzinationen und Illusionen. Wir werden auf diese Frage später zurückkommen (vgl. S. 35).

Das äußere Verhalten der halluzinierenden Kranken, ihr Mienen- und Gebärdenspiel verrät diese krankhaften Vorgänge, auch wenn die sprachliche Wiedergabe der halluzinatorischen Erlebnisse fehlt. Der bald starre, verzückte, bald unruhig und scheu hin und her irrende Blick des Visionärs, der gespannte, unbewegliche, erwartungsvolle Gesichtsausdruck, die gezwungene Kopfhaltung des auf seine Stimmen horchenden Gehörshalluzinanten sind charakteristische Merkmale. Noch deutlicher ist in vielen Fällen das Gebärdenspiel der Kranken, das gar nicht selten in eigenartigen, ganz monotonen Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder besteht. Auch kompliziertere Bewegungen, sowohl vom Charakter der Abwehr-, als auch der Initiativbewegungen, werden durch den Inhalt, mehr aber noch durch den begleitenden Affekt ausgelöst. Die Kranken stopfen sich die Ohren zu, verkriechen sich unter die Bettdecke, halten sich (bei Geruchshalluzinationen) die Nase zu, verweigern (bei Geschmackshalluzinationen) die Nahrungsaufnahme oder spucken entrüstet das Essen wieder aus.

Eine eigenartige halluzinatorische Zwangsbewegung, welche zweifellos auf zusammengesetzten vermittelten Halluzinationen (Wortklangempfindungen, Bewegungsempfindungen) beruhte, zeigte einer unserer Kranken. Stürmten die Halluzinationen massenhaft auf ihn ein, so stellte er sich in eine Ecke, machte eine möglichst ausgiebige Kopfdrehung nach links und verkrümmte den Rumpf nach links; den rechten Arm beugte er spitzwinklig und stemmte die rechte Faust in die Hüfte. Dabei stieß er beständig das Wort „pecus campi" aus. Er erklärte nachträglich, daß die Stimmen, welche durch geheimnisvolle, wahrscheinlich spiritistische Einflüsse erzeugt worden seien, ihn zugleich zu dieser Körperhaltung gezwungen hätten. Die Stimmen entlüden sich dann nach außen durch den rechten Ellenbogen, „wie aus einer Leidener Flasche".

Praktisch am bedeutungsvollsten sind die ganz plötzlichen und unvermittelten impulsiven Handlungen der Kranken, welche an imperativen Phonemen leiden. Ein chronischer Halluzinant hackte sich eines Tages im Holzstalle, in welchem er seit Jahren ohne jede Störung beschäftigt war, das Endglied des kleinen Fingers der linken Hand ab. Lächelnd gab er an, daß ihm eine Stimme dies befohlen habe. Aber auch Hemmungen der psychomotorischen Aktion (wochen- und monatelang dauernde merkwürdige Zwangsstellungen des Körpers) können durch Halluzinationen bedingt sein. Teils sind es imperative Halluzinationen, welche die Ausführung von Bewegungen verbieten, meist mit der Drohung verknüpft, daß sonst ein grauenvolles Unheil über den Kranken oder seine Angehörigen hereinbrechen werde, teils sind es schreckhafte oder religiös-ekstatische („faszinierende") Visionen, welche diese motorischen Hemmungen bedingen.

Treten die Halluzinationen massenhaft auf und überwiegen heitere und erregende Gefühlstöne, so kann sich das Bild einer ganz ungeordneten, sogenannten halluzinatorischen Agitation entwickeln; sind die Halluzinationen mit intensiven Zornaffekten verknüpft, so kommt es gelegentlich zu blinden Wutausbrüchen mit gemeingefährlichen Handlungen (vgl. die epileptischen und alkoholistischen halluzinatorischen Erregungen).

Die Illusionen entstehen dadurch, daß wirkliche, d. h. äußeren Reizen entspringende, Empfindungen unter dem Einfluß krankhafter Erregungsvorgänge in den cortikalen Sinnesflächen die verschiedenartigsten Abänderungen oder Umgestaltungen erfahren. Die Illusionen sind also Sinnesfälschungen, sei es, daß Verkennungen wahrgenommener äußerer Objekte oder eine inhaltliche Verwandlung des vom eigenen Körper herstammenden Empfindungsmaterials stattfinden. Ihre innige Verwandtschaft zur Halluzination, von welcher sie nur allzu häufig nicht scharf unterschieden werden können, besteht darin, daß in beiden Fällen eine rückläufige Erregung im Sinne der Reperzeption Kahlbaums von den Zentren der Vorstellungsbildung (den „Vorstellungszellen") zu den cortikalen Sinneselementen (den „Empfindungszellen") erfolgen muß: Vorstellungen von besonderer Lebhaftigkeit und Affektbetonung treten dann in eine ganz regelwidrige assoziative Verknüpfung mit neu zufließenden Empfindungen, und zwar entweder mit solchen, welche durch Aehnlichkeit eine assoziative Verwandtschaft haben (z. B. die Umdeutung gehörter Worte zu Beschimpfungen), oder auch mit solchen, die in gar keiner Beziehung zum Vorstellungsinhalte stehen. In letzterem Falle ist kaum festzustellen, ob eine wirkliche Illusion oder eine wahnhafte Umdeutung, eine illusionäre Auslegung, stattgefunden hat. Recht häufig werden beide Faktoren an dieser Form der Urteilstäuschung beteiligt sein. Geradezu unmöglich ist die Unterscheidung auf dem Gebiete der Geruchs-, Geschmacks-, Haut- und inneren Organempfindungen, weil hier das Vorhandensein eines äußeren Reizes niemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Auch bei den elementaren Gehörs- und Gesichtshalluzinationen finden sich zahlreiche fließende Uebergänge zu den Illusionen. So ist es z. B. bei den mittels des Liepmannschen Versuches bei den Alkoholdeliranten erzeugten Visionen fraglich, ob Halluzinationen oder Illusionen vorliegen. Denn es gelingt nicht nur durch Druck auf die Augäpfel, also beim Wegfall von Lichtreizen, sondern auch durch Fixierung eines glänzenden Gegenstandes die Sinnestäuschungen hervorzurufen.

Die Illusionen, welche schon bei Gesunden unter bestimmten Umständen (Undeutlichkeit der äußeren Gegenstände, einseitige Richtung des Vorstellungsinhaltes mit spannungsvoller Erwartung) durchaus keine ungewöhnlichen Erscheinungen sind, spielen bei den Geisteskranken eine mindestens ebenso bedeutsame Rolle wie die Halluzinationen. Hier wird die Umformung einer wirklichen Sinnesempfindung hauptsächlich oder fast ausschließlich durch wahnhafte Vorstellungen bewirkt. Am häufigsten werden auf dem Gebiete der Gesichtsillusionen Sinneseindrücken phantastische Zutaten, welche dem Schatze der Erinnerungsbilder entnommen sind, von den Kranken hinzuhalluziniert und weiterhin wahnhaft verarbeitet: die ihnen begegnenden Menschen zeigen höhnisch verzerrte Gesichter, spöttische und drohende Gebärden usw. Ebenso werden bei den Gehörsillusionen aus unbestimmten Geräuschen höhnische Zurufe, Schimpfworte gehört. Eine unserer Kranken hörte aus dem Knistern des Ofenfeuers das Wimmern ihrer gemarterten Enkelkinder heraus. Sie verweigerte die Nahrungsaufnahme, weil aus den dargebotenen Speisen ihr die Augen der Enkelkinder entgegenstarrten. Die Geruchs- und Geschmacksillusionen sind eine ebenso ergiebige Quelle der Nahrungsverweigerung wie die Halluzinationen, wenn unangenehme, ekelhafte Geruchsempfindungen zu den abenteuerlichsten Wahnvorstellungen des Vergiftetwerdens führen. Am häufigsten scheinen illusionäre Be-

rührungs- und Organempfindungen zu sein, welche mit Vorstellungen eines stattgehabten Stuprumversuches, einer Schwängerung, eines gewaltsamen operativen Eingriffs, einer krankhaften Verlagerung einzelner Organe usw. verbunden sind.

II. Störungen der Vorstellungsbildung und der Ideenassoziation.

Schon die vorstehend besprochenen Störungen der Empfindungen wiesen auf den unlösbaren Zusammenhang zwischen den einzelnen, sowohl elementaren, als auch zusammengesetzten, affektiven und intellektuellen Bestandteilen der psychischen Prozesse hin.

Die Summe der zeitlich zusammentreffenden psychischen Vorgänge bezeichnet man als Bewußtsein. Aeußere und innere Reize müssen, um die Schwelle des Bewußtseins zu überschreiten, d. h. um überhaupt psychische Vorgänge auszulösen, einen bestimmten Wert, den sogenanntan Schwellenwert, erreichen.

Der Inhalt des Bewußtseins deckt sich mit dem Besitze von Erinnerungsbildern, welche ein Mensch während seines Lebens sich erworben hat, und ist im letzten Grunde abhängig von der Summe von Sinnesempfindungen, welche dem Organ des Bewußtseins, der Großhirnrinde, zufließen. Legt man (WERNICKE) die FECHNERsche Theorie von der psychophysischen Bewegung der Betrachtung der psychischen Prozesse zugrunde, und versucht man, nicht nur den Inhalt, sondern auch die Tätigkeit (den stattfindenden Erregungsvorgang) sich zu veranschaulichen, so kann auch von Graden des Bewußtseins gesprochen werden. Der Wellengipfel der psychophysischen Erregung bezeichnet die größte Helligkeit des Bewußtseins, die größte Intensität des Erregungsvorganges. Die Erfahrung, daß immer nur ein Wellengipfel in der in einer Kurve gezeichneten Erregungswelle bei der psychophysischen Bewegung vorhanden ist, hat zu dem Begriffe der Einheit oder Enge des Bewußtseins geführt. „Man ist weder imstande zwei Dinge zu gleicher Zeit zu denken, noch zu tun, noch wahrzunehmen“ (WERNICKE). Die Kontinuität des Bewußtseins, d. i. des Gedankenablaufs zwischen Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung, wird dadurch hergestellt, daß neben der auf dem Gipfel der Erregungswelle wirksamen Vorstellung die assoziativ verwandten Vorstellungen in dem aufsteigenden und absteigenden Schenkel der Kurve mitenthalten sind, mit anderen Worten, daß die Ideenassoziation in hervorragendem Maße von der Konstellation der latenten Erinnerungsbilder beherrscht wird (vgl. S. 21).

Der Ausdruck „Bewußtseinsstörungen“ (Bewußtseinsveränderungen, Bewußtseinstrübungen) bedeutet nichts anderes als krankhafte Abweichungen des gesetzmäßigen Ablaufes der psychischen Vorgänge, welche uns am deutlichsten in den Anfangsteilen der assoziativen Tätigkeit, in dem Vorgang des Aufmerkens und des Wiedererkennens, und in den Endgliedern, den sogenannten Willenshandlungen, erkennbar werden. Je nach der Erhöhung des psychophysischen Schwellenwertes, d. i. der geringeren oder größeren Erschwerung der Aufnahme und der Verarbeitung von Sinnesempfindungen unterscheidet man verschiedene Helligkeitsgrade des Bewußtseins. Diejenige Bewußtseinstätigkeit, bei welcher die Merkfähigkeit und die Aufmerksamkeit, sowie der Ablauf der Ideenassoziation in formaler Hinsicht nicht geschädigt ist, nennt man Besonnenheit. Hierbei können trotz völlig erhaltener Orientierung die weitgehendsten inhaltlichen Störungen des Denkprozesses vorhanden sein.

Unter *Dämmerzuständen* sind akut oder subakut einsetzende Bewußtseinsstörungen meist vorübergehender Art — ausnahmsweise können sie sich bei hysterischen und epileptischen Kranken über Wochen und Monate hin erstrecken — zu verstehen, bei welchen die zeitliche und räumliche Orientierung und damit im engsten Zusammenhang die Ideenassoziation krankhaft verändert ist. Die Unorientiertheit kann sich, wie besonders epileptische Dämmerzustände lehren, gelegentlich nur auf die zeitliche und nicht auch auf die räumliche Orientierung erstrecken. Die Dämmerzustände sind dadurch ausgezeichnet, daß auf Grund eigenartiger, bislang unaufgeklärter Verschiebungen der cortikalen Erregbarkeitszustände äußere oder innere Reize Empfindungen und mehr oder weniger weit ausgesponnene Ketten von Erinnerungsbildern auslösen, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und zu geordneten, wenn auch unzweckmäßigen (z. T. verbrecherischen) Handlungen Veranlassung sind. Dabei sind die assoziativen Brücken zwischen dem Wachbewußtsein und demjenigen des Dämmerzustandes größtenteils abgebrochen. Denn es stehen engere oder weitere Vorstellungsgebiete in gesetzmäßiger assoziativer Verknüpfung untereinander, während sie in gar keinem oder nur lockerem Zusammenhang mit den Vorstellungsverbindungen des Wachbewußtseins stehen. Daraus resultiert eins der wesentlichsten, aber nicht absolut notwendigen klinischen Merkmale der Dämmerzustände: *der völlige oder teilweise Erinnerungsdefekt für die Erlebnisse des Dämmerzustandes (totale oder partielle Amnesie).*

Der Abschluß dieses krankhaften Zustandes ist ebenfalls meistens ein plötzlicher, unvermittelter; die Patienten wachen wie aus einem traumerfüllten Schlaf auf, blicken erstaunt um sich und suchen sich zuerst räumlich und zeitlich zu orientieren. Es können so die Dämmerzustände zu scharf umschriebenen, von dem normalen geistigen Verhalten genau abgegrenzten Krankheitszuständen werden. Das physiologische Paradigma dieser pathologischen Bewußtseinszustände ist der Schlaf, bei welchem es sich ebenfalls um eine teilweise oder völlige Ausschaltung normaler Vorstellungsverbindungen unter sich oder mit den zugehörigen Empfindungen handelt. Die Träume, welche vorwaltend von inneren Reizen (z. B. Organempfindungen) angeregt werden, im wesentlichen aber aus illusionären Phantasievorstellungen (Traumphantasmen) und wahren Traumhalluzinationen zusammengesetzt sind, bilden ein Analogon der Bewußtseinstätigkeit im Dämmerzustande. Das Traumleben des normalen Menschen charakterisiert sich durch das fast völlige Ausbleiben der motorischen Reaktionen, trotzdem daß im Traume sehr oft lebhafte Bewegungsvorstellungen auftauchen. *Pathologische Traumzustände*, welche fließende Uebergänge zu den vorstehend geschilderten Dämmerzuständen enthalten, sind häufiger mit lebhaften motorischen Reaktionen verknüpft (*Noctambulismus* und *Somnambulismus*). Es ist bemerkenswert, daß bei ausgesprochenen Psychosen (z. B. den paranoischen Zuständen) vielfach enge Beziehungen zwischen den Traumerlebnissen und dem Inhalte der Wahnideen (im Wachzustande) festgestellt werden konnten. Außer der Hysterie und Epilepsie sind vor allem die akuten Vergiftungen (Alkohol, Kohlenoxyd, Metalldämpfe usw.) die Veranlassung dieser Krankheitszustände. Aber auch durch heftige psychische Erschütterungen (emotioneller Shock) oder durch mechanische Schädigungen (Commotio cerebri) werden Dämmerzustände ausgelöst.

Der Erinnerungsdefekt beschränkt sich durchaus nicht immer auf diesen Dämmerzustand allein, sondern erstreckt sich auch auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum, der vor dem Einsetzen des krankhaften Zustandes gelegen ist (*retrograde Amnesie*). Als *anterograde Amnesie*

bezeichnet man den Erinnerungsdefekt, welcher sich auf Vorgänge erstreckt, welche nach Beendigung des Dämmerzustandes stattgefunden haben. Bei Feststellung dieser immerhin selteneren Gedächtnisstörung spielt die Herabsetzung der Merkfähigkeit und die dem Dämmerzustande nachfolgende Erschwerung der assoziativen Vorgänge die wesentlichste Rolle. Diese anterograde Amnesie läßt sich deshalb nicht genauer trennen von der sogenannten retardierten Amnesie, bei welcher anfänglich nach Beendigung des Dämmerzustandes die Erinnerung für einzelne Erlebnisse desselben noch vorhanden ist, während bald nachher diese Erinnerungsbilder völlig geschwunden sind. Ganz eigenartige, gewissen experimentell erzeugten hypnotischen Dämmerzuständen symptomatologisch nahe verwandte Krankheitsvorgänge bieten immerhin seltene Fälle schwerer Hysterie dar, bei welchen in mehr oder weniger regelmäßigem Wechsel ganz verschiedenartige Bewußtseinszustände sich einstellen. Es entwickeln sich so zwei, drei und mehrere „alternierende Bewußtseinszustände“, von denen der erste und dritte, der zweite und vierte in enger assoziativer Verbindung stehen, während im zweiten und vierten Zustande eine völlige Amnesie für die Erlebnisse des ersten und dritten besteht. Man hat in wenig zweckmäßiger Weise in solchen Fällen von einer „Verdoppelung“ oder sogar „Vervielfachung des Bewußtseins“ oder der „Persönlichkeit“ gesprochen.

Illusionen und Halluzinationen sind in der Mehrzahl der Dämmerzustände vorhanden. Meist sind es zusammenhanglose, in raschem Wechsel auftauchende und wieder verschwindende Visionen und Akoasmen mit lebhaftester Affektbetonung. Doch finden wir auch zusammenhängende halluzinatorische Erlebnisse. So erzählte ein 20 jähriger Epileptiker: „Ich war unendlich glücklich; der liebe Gott führte mich auf einer goldenen Leiter zum Himmel hinauf. Ich sah die Engel in blauen Mänteln; überall tönte liebliche Musik.“ Für die übrigen Vorgänge während dieses Dämmerzustandes war er amnestisch. Soweit aus den meist spärlichen und abgerissenen sprachlichen Aeußerungen zu entnehmen ist, werden wahnhafte Beziehungsvorstellungen aus den halluzinatorischen Erlebnissen gebildet (wahnhafte Einfälle). Die mimischen und pantomimischen Aktionen, sowie die Handlungen der Kranken zeigen die mannigfachsten Störungen. Sie werden in der speziellen Psychiatrie geschildert werden.

Als delirante Zustandsbilder werden rasch verlaufende, tiefer greifende Bewußtseinsstörungen mit stürmischen Reizerscheinungen auf sensorischem (Illusionen, Halluzinationen) und motorischem Gebiete bezeichnet, bei welchen die primäre Inkohärenz, die Desorientierung, sowie der abnorm beschleunigte Ablauf des dissoziierten, durch Halluzinationen und Illusionen vielfach bestimmten Vorstellungsinhaltes die wesentlichsten Merkmale sind. Diesen deliranten Zuständen begegnen wir wiederum am häufigsten bei den Intoxikations- und Infektionspsychosen, bei chronischen Erschöpfungszuständen und nach schweren Blutverlusten z. B. bei Placenta praevia. Sie unterscheiden sich von den Dämmerzuständen durch die traumhafte Verwirrtheit und die regellosen motorischen Entladungen (vgl. S. 174 ff.). Als mussitierende Delirien werden diejenigen bezeichnet, bei welchen die motorische Agitation hinter der lebhaften halluzinatorischen Erregung mehr zurücktritt. Nur ein leises, schwer verständliches Murmeln, aus dem nur einzelne zusammenhanglose Worte verständlich werden, begleitet die inneren halluzinatorischen Vorgänge und geben neben abortiven Greif- und Zupfbewegungen der Hände Kunde von den cortikalen Reizerscheinungen.

Nach dem Grade der Bewußtseinsstörung werden auseinandergehalten: a) die Benommenheit, Somnolenz; der Kranke liegt in schlafähnlicher Apathie, kann aber leicht durch Anrufen, leise Nadelstiche,

Bespritzen mit Wasser u. dgl. geweckt werden. Sich selbst überlassen, sinkt er bald wieder in den alten Zustand zurück.

b) Sopor; die Bewußtseinsstörung ist tiefer; der Kranke nur schwer und auf Augenblicke zu erwecken; die Weckung gelingt auch nur durch intensive Hautreize.

c) Koma; das Bewußtsein ist völlig aufgehoben (Bewußtlosigkeit); die Kranken reagieren auf äußere Reize nicht mehr; die Haut- und Sehnenreflexe sind erloschen.

Bevor wir die Störungen der Vorstellungstätigkeit im einzelnen besprechen, sei darauf hingewiesen, daß von sinnlich wahrnehmbaren Gegenständen „Partialvorstellungen" in verschiedenen Hirnteilen niedergelegt sind, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und in ihrer Gesamtheit die Vorstellung des Gegenstandes bilden. Erst durch das Hinzutreten der sprachlichen Komponenten (motorische, akustische, optische Sprachvorstellungen) gelangen wir zu sinnlichen (konkreten) Begriffen. Aus konkreten Einzelbegriffen werden allgemeine sinnliche Begriffe gebildet, bei welchen die zahlreichen und nur lose miteinander verknüpften Einzelvorstellungen ohne das gemeinschaftliche Band der Wortvorstellung auseinanderfallen würden. Je allgemeiner und zusammengesetzter Begriffe sind, um so mehr Partialvorstellungen sind im ganzen Gebiet der Hirnrinde mit der Worterregung verknüpft. Auch alle Begriffe, welche eine Beziehung der konkreten Gegenstände untereinander ausdrücken, lassen sich noch direkt auf Empfindungen zurückführen (konkrete Beziehungsbegriffe). Diejenigen zusammengesetzten Allgemeinvorstellungen, welche begriffliche Zusammenfassungen oder Ableitungen darstellen, bezeichnen wir als abstrakte. Als Phantasievorstellungen bezeichnen wir diejenigen, bei welchen die den Empfindungen entlehnten Teilvorstellungen zu Vorstellungskomplexen vereinigt sind, welchen die Beziehung auf ein wirkliches Objekt fehlt. Die Phantasievorstellungen sind also Vorstellungskombinationen, für welche analoge Empfindungskombinationen nie existiert haben.

Von den vielen zentripetal geleiteten Reizen, welche, sei es von der Außenwelt, sei es von den Körperorganen, zu gleicher Zeit dem Organ des Bewußtseins zufließen und Empfindungen bewirken, werden jeweilig nur einzelne oder meist nur eine einzige durch Weckung des zugehörigen Erinnerungsbildes zu Wahrnehmungen; diese Empfindung zieht unsere Aufmerksamkeit auf sich und wirkt bestimmend auf den Gang der Ideenassoziation ein.

Im Zusammenhang mit der Aufmerksamkeit steht, soweit nicht angeborene oder erworbene geistige Schwächezustände in Frage kommen, die Merkfähigkeit, d. h. die Fähigkeit der Erwerbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen (Wernicke). Sie ist streng zu unterscheiden von dem Gedächtnis im engeren Sinne, welches nur den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen umfaßt und im wesentlichen bestimmt wird durch die Erinnerungsfestigkeit vergangener Eindrücke (Kraepelin). Die Merkfähigkeit ist also die Voraussetzung für die Vermehrung, resp. Ergänzung des Gedächtnisses, jedoch nicht maßgebend für die Gedächtnisfestigkeit.

Wir begegnen hier zuerst gewissen elementaren Störungen, welche sich auf den Erwerb neuer und auf die Erhaltung früher erworbener Vorstellungen beziehen. Die erstere Störung beruht auf einer Herabsetzung oder dem Verluste der Merkfähigkeit, welche, wie wir gesehen haben, hauptsächlich von der Aufmerksam-

keit abhängig ist. Es ist deshalb leicht verständlich, daß alle Krankheitsvorgänge, in welchen die ersten Akte der Vorstellungsbildung krankhaft verändert sind, diese Störungen aufweisen. Die Amnesien, denen wir oben bei den Dämmerzuständen begegnet sind, werden, wie wir hier ergänzend hinzufügen, nicht ausschließlich durch Störungen des assoziativen Zusammenhanges einzelner Vorstellungsketten mit dem Vorstellungsinhalte des Wachbewußtseins hervorgerufen, sondern sind zum Teil auch Folgeerscheinungen der gestörten Merkfähigkeit, indem die Erwerbung neuer Erinnerungsbilder die Möglichkeit ihres Festhaltens, der dauernden Einprägung, geradezu zur Voraussetzung hat. Eine Störung der Merkfähigkeit bedingt also ebenfalls Erinnerungsdefekte.

Bei den Gedächtnisstörungen, bei welchen es sich also um einen Verlust früher erworbener Vorstellungen handelt, haben wir es zum Teil nur mit einer krankhaften Steigerung von Vorgängen zu tun, welche noch den physiologischen Geschehnissen zugerechnet werden. Alle unsere latenten Erinnerungsbilder, das sind die materiellen Spuren unserer Vorstellungen, sind der Veränderung und schließlich dem Untergange geweiht infolge der Stoffwechselprozesse innerhalb der Rindenelemente, falls nicht durch stetig wiederholte neue Erregungen, durch häufigere Reproduktionen der Vorstellungen die materiellen Spuren immer wieder gefestigt werden. Sehen wir von den individuellen Schwankungen des Gedächtnisses, d. h. der Dauerhaftigkeit der materiellen Spuren früherer Sinneseindrücke, sowie von den angeborenen Gedächtnisdefekten auf Grund von Merkunfähigkeit ab, so sind zu unterscheiden der isolierte Defekt gewisser Elementarvorstellungen, z. B. optischer oder akustischer Erinnerungsbilder (Seelenblindheit, Seelentaubheit), welcher durch Herderkrankungen bewirkt wird, und der diffuse Verlust von Erinnerungsbildern. Nur dieser letztere beansprucht bei den psychischen Krankheitszuständen eine erhöhte praktische Bedeutung. Er kann auf doppeltem Wege entstehen: einmal dadurch, daß der Krankheitsprozeß die anatomischen Substrate der Vorstellungen in irgendeiner Form schädigt oder vernichtet, sodann dadurch, daß die über die ganze Rinde ausgebreiteten assoziativen Bahnen, deren Integrität zur Reproduktion von zusammengesetzten und allgemeinen Vorstellungskomplexen und zur Urteilsbildung unerläßlich ist, Leitungserschwerungen oder Leitungsunterbrechungen erlitten haben. Höchstwahrscheinlich sind für den Erinnerungsverlust beim erworbenen Schwachsinn beide Reihen von Krankheitsvorgängen wirksam. Die reinsten Beispiele der fortschreitenden Gedächtnisschwäche bietet die Dementia paralytica und die Dementia senilis dar, während die sog. postsyphilitische Demenz, welche gewissermaßen der Rückstand einer akut einsetzenden und stürmisch verlaufenden Lues cerebrospinalis ist, einen gleichbleibenden Ausfall von Erinnerungsbildern aufweist. Bei dieser letztgenannten, sowie bei der Korsakoffschen Psychose können auch ganz partielle Erinnerungsdefekte für einzelne Gruppen oder Reihen von Erinnerungen vorkommen. In gleicher Weise, ja noch deutlicher findet sich gelegentlich ein derartiger partieller Gedächtnisdefekt bei dem Schwachsinn, welcher einem schweren Kopftrauma nachfolgt. So hatte ein 15jähriger Knabe, welcher nach einem Sturz aus dem Wagen eine mehrmonatliche traumatische Psychose durchgemacht hatte, alle Zahlenbegriffe vergessen.

Auch bei der fortschreitenden Einbuße der Erinnerungsbilder ist, besonders im Beginne der Erkrankung, erkennbar, daß die Gedächtnis-

schwäche sich nur auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen beschränken kann. Vor allem sind es die konkreten Erinnerungsbilder (Orts-, Zahlen-, Namengedächtnis), welche zuerst zugrunde gehen. Bei tiefer greifenden Gedächtnisdefekten macht sich das „Gesetz des rückschreitenden Erinnerungsverlustes“ (Ribot) geltend: zuerst und am raschesten gehen diejenigen Kenntnisse und Erlebnisse verloren, welche in jüngster Zeit vor Einsetzen der Krankheit in den geistigen Besitz aufgenommen worden sind. Viel später erst folgen die Erinnerungen aus früheren Lebensperioden nach. Beim Altersschwachsinn läßt sich oft beobachten, daß dieser Zerstörungsprozeß lange Zeit hindurch auf einer gewissen Stufe beharrt. So konnte eine unserer Kranken, die im 80. Lebensjahre stand, alle Ereignisse bis zu ihrem 38. Jahre aufs genaueste, mit Angabe der nebensächlichsten Einzelheiten, wiedererzählen, während alle späteren Erlebnisse vollständig aus der Erinnerung ausgelöscht waren. Bei der senilen Demenz, ebenso bei der Korsakoffschen Geistesstörung lassen sich häufig Uebergänge zur transcortikalen Aphasie nachweisen.

Eng verknüpft mit diesen Gedächtnisstörungen sind die Fälschungen der Erinnerungsbilder, bei welchen ihre inhaltliche Uebereinstimmung mit wirklichen Erlebnissen gelitten hat. Man trennt hier zweckmäßig die Erinnerungsentstellungen (krankhafte Umgruppierung und assoziative Verknüpfung der Teilbestandteile wirklicher Erlebnisse) von den Erinnerungsfälschungen im engeren Sinne („Konfabulation“), bei welchen eine völlig freie Erfindung scheinbarer Reminiszenzen stattfindet, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht (Kraepelin).

Sully bezeichnet sie als Halluzinationen der Erinnerung. Wernicke unterscheidet eine positive Form der Erinnerungsfälschung, worunter er die vorstehend genannten Störungen versteht, und eine negative Modifikation der Erinnerungsfälschung, welche durch das Auftreten zirkumskripter Lücken in dem sonst wohlerhaltenen Gedächtnismaterial gekennzeichnet wird. Dabei besteht keine Trübung des Sensoriums oder Verlust der Merkfähigkeit zur Zeit des in Frage kommenden Erlebnisses.

Zwischen den Erinnerungsentstellungen und den Erinnerungsfälschungen stehen in der Mitte diejenigen „Paramnesien“, welche sich an ein vor Stunden oder vor Tagen stattgehabtes Erlebnis anschließen. Hierher gehört die Krankheitserscheinung, daß die Weckung konkreter Vorstellungen durch äußere Sinneseindrücke sich sofort mit durchaus irrtümlichen Urteilsassoziationen verbindet, welche hauptsächlich örtliche und zeitliche Beziehungsbegriffe enthalten. Die Kranken behaupten dann, bestimmte Gegenstände oder Personen schon früherhin (vor Wochen und Monaten) und an anderen Orten kennen gelernt, resp. gesprochen zu haben. Die zugrunde liegenden Sinneseindrücke erscheinen in der Erinnerung der Kranken manchmal als Traumbilder, die jetzt in wirklichen Erlebnissen eine Bestätigung gefunden haben.

Eine seltenere Form der Erinnerungsfälschung oder richtiger Erinnerungstäuschung (Sander), welche übrigens mit Vorgängen im gesunden Leben (bei geistiger Ermüdung) enge Beziehungen hat, ist die hauptsächlich bei Epileptikern und Alkoholisten zu beobachtende „identifizierende“. Sie wird auch als Empfindungsspiegelung bezeichnet. Nicht bloß Teilbestandteile von Erlebnissen, sondern ihre Gesamtheit mit allen Einzelheiten, wobei die eigene Persönlichkeit gewöhnlich den Mittelpunkt des Geschehnisses darstellt, rufen die Vorstellung hervor, die gleiche Situation schon einmal erlebt zu haben. Meist schwindet diese Vorstellung, welche auf einer eigenartigen Störung des Wiedererkennens beruht, nach wenigen

Augenblicken. Sie kann aber auch wochen- und monatelang bestehen bleiben und, falls sich diese Vorgänge mehrfach wiederholen, in dem Patienten die weitere Vorstellung erzeugen, daß er eine Art Doppelleben führt.

Diese Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen stehen also im engsten Zusammenhang mit der Phantasietätigkeit (vgl. S. 17). Ohne hier auf die verschiedenartigen Störungen der Phantasietätigkeit bei Geisteskranken näher einzugehen, sei nur der pathologischen Lügenhaftigkeit gedacht, welche eine so häufige Begleiterscheinung der degenerativen Psychosen ist. Die abenteuernden, vor keinem Schwindel oder Betrug zurückschreckenden Individuen werden auch dann, wenn jedes andere persönliche Interesse als das der Selbstgefälligkeit und Eitelkeit für sie hinwegfällt, fortwährend dazu getrieben, selbst die kleinsten, geringfügigsten Erlebnisse phantastisch aufzuputzen und die eigene Persönlichkeit zum Mittelpunkt verwickelter Begebenheiten zu machen. Dieses schrankenlose Ueberwuchern der Phantasietätigkeit bei ethisch und meist auch intellektuell defekten Psychopathen ist übrigens durchaus nicht immer von ausgebildeten Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen begleitet, wenn wir für diese pathologischen Vorgänge das Fehlen jeglicher Kritik über die Unrichtigkeit der berichteten angeblichen Tatsachen zur Voraussetzung machen. Wie diese an Pseudologia phantastica leidenden Schwindler zu Zeiten relativer geistiger Ruhe und Sammlung selbst berichten, sind sie sich während der Produktion ihrer „Phantasielügen“ recht häufig ganz klar darüber, daß sie lügen. Sie werden aber durch jede von egoistischen Gefühlstönen begleitete Vorstellung geradezu gedrängt, ihrer Phantasie die Zügel schießen zu lassen. Eine strikte Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Lüge besteht nicht.

Den breitesten Raum nehmen diejenigen psychischen Krankheitserscheinungen ein, welche auf Störungen der Denktätigkeit in formaler und inhaltlicher Beziehung beruhen. Da diese im letzten Grunde durch den Vorgang der Ideenassoziation bedingt sind, so werden sie begrifflich enger als solche der Ideenassoziation bezeichnet.

Der Assoziationsprozeß, welcher in der Weckung der Reproduktion einer mehr oder weniger großen Zahl von Vorstellungen besteht, wird in der Regel eröffnet durch dasjenige Erinnerungsbild, welches der die assoziative Reihe auslösenden Empfindung (Wahrnehmungsbild) am ähnlichsten ist (Prinzip der Aehnlichkeitsassoziation). Eine neue assoziative Reihe wird, wenn zwischen der Empfindung und zwischen der zuerst auftauchenden Vorstellung (Ausgangsvorstellung [V_1]) Gleichheit besteht, durch ein Wiedererkennen (Identifikation) eröffnet. Die Weckung der nachfolgenden Vorstellungen (V_2, V_3, V_4 bis V_n) wird hauptsächlich durch das Prinzip der Gleichzeitigkeitsassoziation bestimmt. Jede Vorstellung ruft als ihre Nachfolgerin stets eine assoziativ verwandte Vorstellung hervor; assoziativ verwandt nennt man aber solche Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zugrunde liegende Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind. Auf dieser Gleichzeitigkeitsassoziation, welcher im physiologischen Sinne eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, ein Ausschleifen bestimmter Assoziationswege zugrunde liegen muß, beruht übrigens nicht nur die Assoziation zweier einfacher Vorstellungen, sondern auch die Bildung der zusammengesetzten und abgeleiteten Vorstellungen. Unter den vielen mit V_1 oder seinen Teilvorstellungen assoziativ verknüpften Erinnerungsbildern wird nun diejenige Vor-

stellung die zweite Stelle besetzen, welcher außer der assoziativen Verwandtschaft eine besonders mächtige Gefühlsbetonung (vgl. S. 37) eigentümlich ist. Aber noch ein weiterer Faktor kommt hinzu, welcher unter einer größeren Zahl assoziativ verwandter und mit starken Gefühlstönen verknüpfter, latenter, d. i. noch nicht über die Schwelle des Bewußtseins gehobener Vorstellungen ihre Reproduktion bestimmt. Es ist dies die „Konstellation" (Ziehen) der latenten Erinnerungsbilder, d. i. die wechselseitige Beeinflussung bald im Sinne der Erregung, bald im Sinne der Hemmung, welcher die untereinander assoziativ verknüpften Erinnerungszellen stetig ausgesetzt sind. Diese verschiedenartige Hemmung und Anregung bewirkt, daß eine vorzugsweise von Hemmungen getroffene Vorstellung trotz nächster assoziativer Verwandtschaft zu V_1 und trotz lebhaftesten Gefühlstones im Wettbewerb der Vorstellungen unterliegt, während eine andere in diesen beiden Punkten vielleicht sogar ungünstiger gestellte Vorstellung vermöge der Abwesenheit solcher Hemmungen und begünstigt von Anregungen siegt und deshalb als V_2 auf die Ausgangsvorstellung V_1 folgt. Auch die weitere Vorstellungsfolge ist durch diese drei Momente bestimmt: 1. durch den Grad der assoziativen Verwandtschaft zu der vorausgegangenen Vorstellung, 2. durch den Gefühlston, 3. durch die Konstellation. Unsere Denktätigkeit beruht aber nicht bloß auf einer einfachen Reihenbildung, sondern vielmehr auf einer Verbindung der sukzessiven Vorstellungen zu Urteilen und Schlüssen (Urteilsassoziation).

Die formalen Störungen bestehen in der Hauptsache aus Veränderungen der Ablaufsgeschwindigkeit. Bei der Beschleunigung des Vorstellungsablaufes erfolgt die Anreihung der Ausgangsvorstellung an die Empfindung in beschleunigtem Tempo und ebenso die Auslösung einer Handlung durch die Zielvorstellung (motorische Agitation). Die Hyperprosexie, welche mit dieser beschleunigten Reproduktion und erleichterten Verknüpfung der Vorstellungen untrennbar verbunden ist, setzt sich zusammen aus einer gesteigerten Erregbarkeit und einer verringerten Haftfähigkeit der Aufmerksamkeit. Die dadurch bedingte Zersplitterung der Aufmerksamkeit ist nicht zu verwechseln mit jener pathologischen Zerstreutheit bei neurasthenischen und hysterischen Patienten, bei welcher eine Beschleunigung der Ideenassoziation nicht vorliegt. Macht sich der gesteigerte Bewegungsdrang vornehmlich auf dem Gebiete der Sprache geltend, so spricht man von ideenflüchtigem Geplauder, solange noch ein inhaltlicher Zusammenhang besteht, in höheren Graden von Logorrhoe. Als Verbigeration (Kahlbaum) wird eine später noch zu erörternde Störung der sprachlichen Aeußerungen bezeichnet, bei welcher dieselben Worte oder Sätze ununterbrochen stunden- oder selbst tagelang wiederholt werden. Diese krankhafte Erleichterung und Beschleunigung der Reproduktion der Vorstellungen und die Häufung psychomotorischer Entladungen (Ideenflucht) kann primär auftreten, z. B. als Reminiszenzenflucht bei den neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszuständen. Sehr häufig ist sie die Folgeerscheinung krankhafter Steigerungen positiv gerichteter Gefühlstöne (Lust-, Erregungsgefühle, z. B. bei der typischen Manie). Auch Halluzinationen und Wahnideen mit machtvoller Affektbetonung können der Ausgangspunkt dieser sekundären Ideenflucht sein. Es ist naheliegend, daß jede übermäßige Beschleunigung des Vorstellungsablaufes zu den weitgehendsten Störungen des assoziativen Zusammenhanges der Vor-

stellungen führen muß, und zwar in erster Linie dadurch, daß jedes einzelne Glied einer assoziativ verknüpften Vorstellungskette der Ausgangspunkt von mehr oder weniger weit ausgedehnten Nebenassoziationen (Gedankensprüngen) wird und somit die Fähigkeit immermehr schwindet, die Hauptassoziation festzuhalten (sekundäre Inkohärenz).

Kraepelin bezeichnet als Ideenflucht eine besondere Form der krankhaften Zusammenhanglosigkeit des Gedankenganges mit planlosem Herumschweifen des Vorstellungsverlaufes vom Hundertsten ins Tausendste. Bei dieser Fassung ist die Grundlage der Krankheitserscheinung nicht die beschleunigte Aufeinanderfolge der einzelnen Vorstellungen, sondern die Flüchtigkeit der einzelnen Ideen, die keinen nachhaltigeren Einfluß auf den Ablauf des Gedankenganges zu gewinnen vermögen. Mit der Ideenflucht ist, auch wenn als ihre Grundlage ein beschleunigter Vorstellungsablauf angenommen wird, durchaus nicht ein größerer Reichtum an reproduzierten Vorstellungen in vielen Fällen verbunden; wir finden die gleiche Erscheinung auch bei großer Gedankenarmut.

Die krankhafte Verlangsamung der Ideenassoziation (Denkhemmung) tritt in gleicher Weise als primäres und sekundäres Krankheitssymptom in Erscheinung und führt zu jenem Zustandsbild, das als Stupor bezeichnet wird.

Aprosexie als Teilerscheinung der Denkhemmung kommt durch die erschwerte Anknüpfung der ersten Vorstellung an die Empfindung zustande und ist durchweg mit einer Erschwerung und Verlangsamung des Wiedererkennens verbunden. Dabei tritt, wie man bei den leichteren Graden der Denkhemmung unschwer feststellen kann, deutlich zutage, daß weder eine Schädigung der Sinnesempfindung als solcher, noch des zugehörigen Erinnerungsbildes vorliegt, sondern daß der Akt des Wiedererkennens nur durch die erschwerte und verlangsamte Fortleitung der cortikalen Erregung von den Sinnes- zu den Erinnerungszellen gestört ist. Eine weitere Begleit- und Folgeerscheinung ist die motorische Hemmung, d. i. die Verlangsamung, resp. der Ausfall der sogenannten Willkürbewegungen. Es gelingt eben dem Kranken nicht, eine assoziative Reihe bis zur Zielvorstellung fertig zu stellen. Damit im Zusammenhang steht die Verlangsamung und Erschwerung des sprachlichen Ausdruckes bis zu völligem Mutismus. Die Körpermuskulatur befindet sich bald in Resolution, bald in einem gesteigerten Spannungszustande, welcher Teilerscheinung des später zu erörternden katatonischen Symptomenkomplexes sein kann.

Die reinsten Formen des primären Stupors bieten die langsam sich entwickelnden zerebralen Erschöpfungszustände dar, die dem Krankheitsbegriff der Stupidität oder des Erschöpfungsstupors zugeordnet werden. Aber auch bei Auto- und Fremdintoxikationen kann der stuporöse Zustand den größten Teil des Krankheitsverlaufes ausfüllen. Die Denkhemmung besteht bei leichteren Graden in einer auffälligen Verlangsamung der an sich noch geordneten und auch inhaltlich durchaus richtigen Gedankenverknüpfung. In schwereren Fällen sind die Kranken außerstande, zusammengesetzte und abgeleitete Vorstellungen zu produzieren oder selbst einfache Urteilsassoziationen zu bilden, während im Gegensatz zum Schwachsinn Urteilsassoziationen sich noch vollziehen, wenn überhaupt eine Gedankentätigkeit noch stattfindet. Auf der Höhe des Krankheitsvorganges ist bei der außerordentlichen Dürftigkeit der

intellektuellen Prozesse kaum zu unterscheiden, ob es sich nur um Hemmungs- oder um Ausfallserscheinungen (Schwachsinn) handelt. Der Gesichtsausdruck ist stumpf, gleichgültig; flüchtige, an Intensität und Qualität wechselnde Affekte beleben noch hie und da die Szene und führen zu abortiven Ausdrucksbewegungen. Treten interkurrente Erregungsphasen auf, so läßt sich sowohl aus dem sprachlichen Ausdruck, als auch aus den Handlungen der Kranken die Dissoziation der Vorstellungen erkennen (vgl. Amentia).

Der sekundäre Stupor wird vornehmlich als Begleit- und Folgeerscheinung psychischer Depressionszustände (Melancholia passiva, attonita) beobachtet. Die weitgehendsten sekundären Denkhemmungen werden durch emotionellen Shock (vgl. die Schreckpsychosen), sowie durch paroxystische negative Affekterregungen (Angstaffekt bei ausgebildeter Melancholie) ausgelöst.

Als Pseudostupor (C. Westphal) bezeichnet man eine andere Form des sekundären Stupors, welche meist durch katatonische Spannungszustände ausgezeichnet ist; hier sind affekterfüllte Wahnideen und Halluzinationen die zugrunde liegenden Störungen.

Die psychologische Auffassung, welche hier zugrunde gelegt ist, geht von der Voraussetzung aus, daß die elementaren psychischen Bedingungen, welche den Vorgang des Aufmerkens beherrschen, sich vollständig in die für den Ablauf der Ideenassoziation gültigen Gesetze einreihen lassen. Die Aufmerksamkeit ist bei dieser Betrachtungsweise keine besondere Tätigkeit, sondern bleibt vollständig im Rahmen der Ideenassoziation. Eine andere Lehre, die Apperzeptionspsychologie (Wundt) stellt die Aufmerksamkeit über die Ideenassoziation; sie betrachtet sie als ein besonderes, selbständiges Seelenvermögen, als eine „innere Willenstätigkeit“.

Kraepelin, dessen allgemeine Psychiatrie auf der Apperzeptionspsychologie aufgebaut ist, unterscheidet folgende Störungen der Aufmerksamkeit:

A. Die Abstumpfung der Aufmerksamkeit, welche bei der allgemeinen Herabsetzung der psychischen Ansprechbarkeit, also vornehmlich in den fortschreitenden Verblödungszuständen, zutage tritt.

B. Die Sperrung der Aufmerksamkeit, bei welcher die Kranken (z. B. bei der Dementia praecox) sehr wohl imstande sind, Sinneseindrücke wahrzunehmen, sich aber „unwillkürlich gegen jede Beeinflussung ihres Denkens und Handelns durch diese Wahrnehmungen sträuben“.

C. Die Hemmung der Aufmerksamkeit, bei welcher „der innere Widerhall fehlt, der die Verknüpfung der äußeren Eindrücke mit dem eigenen Erfahrungsschatz herstellt und dadurch die auswählende Tätigkeit der Aufmerksamkeit anregt“.

D. Die krankhafte Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit, d. i. der Verlust ihres bestimmenden Einflusses auf die Wahrnehmung (namentlich bei der progressiven Paralyse und beim Altersblödsinn).

E. Die erhöhte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit (Zerstreutheit), bei welcher es sich „um einen häufigen Wechsel in der Richtung der Aufmerksamkeit aus inneren und äußeren Beweggründen handelt“, z. B. die leichteren Grade bei der chronischen nervösen Erschöpfung und bei konstitutionell-psychopathischen Krankheitszuständen, die schwereren Grade bei der Manie und bei allen agitierten geistigen Schwächezuständen. Diese Ablenkung der Aufmerksamkeit ist nicht mit Hyperprosexie zu verwechseln, da in Wirklichkeit der ablenkbare Kranke durchschnittlich weniger und schlechter auffaßt als der Gesunde. Eine wirkliche Hyperprosexie wird von Kraepelin bestritten.

F. in den Fällen mit Fesselung der Aufmerksamkeit angenommen, für welche die Zerstreutheit des Gelehrten mit höchster einseitiger Richtung der Aufmerksamkeit als Paradigma gelten kann. Bei der Melancholie, vor allem aber bei der Hypochondrie findet sich ein analoger Zustand, indem die Aufmerksamkeit ausschließlich durch bestimmte traurige oder Krankheitsvorstellungen gefangen gehalten wird.

Der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen untereinander, welcher die Grundbedingung des normalen Gedankenganges ist, unterliegt ebenfalls primären und sekundären Störungen (primäre und sekundäre Dissoziation oder Inkohärenz). Die sekundäre Lockerung und Lösung der gesetzmäßigen Verknüpfung der Vorstellungen und Begriffe untereinander wird durch die verschiedenen Krankheitsvorgänge hervorgerufen, welche den Denkprozeß in formaler und inhaltlicher Beziehung tiefer greifend stören. Wir sind ihr deshalb schon bei der primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs (Ideenflucht) begegnet. Andere Ursachen der sekundären Inkohärenz sind halluzinatorische Erregungszustände, starke Affektsteigerungen (vor allem Zornaffekte) und der Ausfall psychischer Leistungen (mangelhafte Entwicklung von Vorstellungen und assoziativen Verknüpfungen beim angeborenen oder Untergang derselben beim erworbenen Schwachsinn). Nicht bloß die assoziative Verwandtschaft, welche zwei aufeinanderfolgende Glieder einer assoziativen Reihe verbindet, sondern auch der äußere und innere Zusammenhang aller Glieder mit einer die Reihe bestimmenden oder sie abschließenden Vorstellung ist für die normale Gedankentätigkeit ausschlaggebend. Eine Lockerung oder sogar Aufhebung des Zusammenhanges wird schon dadurch hervorgerufen, daß ausgeprägte Haupt- (allgemeine) Vorstellungen, resp. Zielvorstellungen, welche die Richtung des Vorstellungsverlaufes bestimmen, nicht vorhanden sind. Die Inkohärenz der Dementia paralytica und der Dementia senilis bietet hierfür die besten Beispiele. Als Dissoziation oder Inkohärenz im engeren Sinne ist die Aufhebung des äußeren und inneren Zusammenhanges zwischen benachbarten Gliedern einer Reihe aufzufassen. Die Kranken sind dann, soweit dies aus den sprachlichen Aeußerungen erkennbar wird, außerstande, auch nur wenige assoziativ zusammengehörige Vorstellungen in gesetzmäßiger Art zu reproduzieren. Es werden dann nur einzelne zusammenhangslose Vorstellungen oder abgerissene Fragmente einer Vorstellungsreihe, die inhaltlich in keiner oder nur ganz entfernter Beziehung zueinander stehen, geäußert. Tritt eine solche Lockerung oder Loslösung in dem festen Gefüge der Assoziationen (Sejunktion; Wernicke) ganz plötzlich und kurzdauernd ein, und unterbricht sie so momentan den Bewußtseinszustand, den wir früher Besonnenheit genannt haben, so entstehen Bewußtseinslücken (psychische Deliquien; L. Meyer), welche der Ausgangspunkt der mannigfachsten inhaltlichen Störungen der Vorstellungstätigkeit, besonders bei gleichzeitigem Bestehen pathologischer Erregbarkeitszustände in latenten Erinnerungsbildern, werden können. Sie sind von eigenartigen Gefühlsreaktionen (Schwindel-, Betäubungs-, Ohnmachtsgefühlen) begleitet, welche der Kategorie der logischen Gefühle Wundt's zuzurechnen sind. In der Mehrzahl der Fälle ist aber die Dissoziation ein länger bestehender, sich über Wochen und Monate hin erstreckender Krankheitsvorgang, welcher zu ganz charakteristischen Krankheitsmerkmalen führt. Hier ist zuerst zu nennen die Desorientierung, die von einer ganz besonderen, ebenfalls den logischen Gefühlen zugehörigen

abnormen Gefühlsreaktion begleitet ist, welche Ratlosigkeit genannt wird. Die Patienten sind außerstande, das zufließende Empfindungsmaterial gesetzmäßig in die Ideenassoziation aufzunehmen und begrifflich zu verarbeiten. Daraus ergibt sich eine mehr oder weniger große Unfähigkeit, normale Beziehungsbegriffe zu bilden zwischen dem Komplex der Ich-Vorstellungen (Persönlichkeit) und den Sinneseindrücken, welche von den Personen und Gegenständen der Umgebung herstammen (räumliche Unorientiertheit). Das gleiche gilt von den zeitlichen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen bei der normalen Denktätigkeit vorhanden sind (zeitliche Unorientiertheit). Neuere klinische Erfahrungen haben uns zur Aufstellung des Symptomenkomplexes der primären Inkohärenz mit Erregung veranlaßt. Bei diesen Zustandsbildern akut einsetzender, subakut verlaufender psychischer Erkrankungen finden sich nur primäre Inkohärenz und Erregung, während Störungen des Wiedererkennens und damit im Zusammenhang Desorientierung nur vorübergehend und zwar auf der Höhe der Erregung also sekundär vorhanden sind. Dadurch unterscheidet sich diese Zustandsform von der ausgesprochenen Verwirrtheit.

Daß es sich im wesentlichen um eine Störung des Aufmerkens und des Wiedererkennens, um die Anreihung ganz unzugehöriger Vorstellungen an normaliter zufließendes Empfindungsmaterial bei der Unorientiertheit handelt und daß die Merkfähigkeit wenigstens in Fällen mit unfertig entwickelter Inkohärenz keine Schädigung aufweist, läßt sich bei Kranken konstatieren, bei welchen eine Intoxikationsamentia im Abklingen begriffen ist. Hier gelingt es, durch lautes Anrufen die Aufmerksamkeit der Kranken vorübergehend zu fixieren und sie dazu zu bringen, einzelne Gegenstände richtig zu bezeichnen oder Aufträge korrekt auszuführen. Sie sind nach einigen Minuten imstande, den vorhin gezeigten Gegenstand oder die ausgeführte Handlung wieder richtig anzugeben.

Kraepelin führt die Orientiertheit auf eine recht verwickelte geistige Leistung zurück, an deren Zustandekommen die verschiedensten Gebiete unseres Seelenlebens beteiligt sind. Er unterscheidet drei Hauptformen der Störungen der Orientierung (Desorientierung), je nachdem die Ursache wesentlich in krankhaften Veränderungen der Auffassung (die apathische Desorientierung, z. B. bei der Dementia praecox), des Gedächtnisses (die amnestische Desorientierung, z. B. bei der Korsakoffschen Krankheit und bei gewissen Formen des Altersblödsinns) oder des Urteils (die wahnhafte Desorientierung) liegt. Wernicke bezeichnet die Desorientierung als das Fundamentalsymptom jeder Psychose. Alle krankhaften Veränderungen des Bewußtseinsinhaltes, die vorübergehend oder dauernd bei dem Geisteskranken auftreten, sind diesem Begriffe unterzuordnen und sind die gesetzmäßige Folge der krankhaft abgeänderten Bewußtseinstätigkeit. Entsprechend seiner Einteilung des Bewußtseins in die drei Gebiete der Körperlichkeit, der Außenwelt und der Persönlichkeit, unterscheidet er eine somatopsychische, eine allopsychische und eine autopsychische Desorientierung. Ihnen reiht sich die motorische Art der Desorientierung an.

Sehr wechselnd gestaltet sich das Krankheitsbild der primären allgemeinen Inkohärenz, je nachdem zugleich die Zeichen der Hemmung oder der Erregung in der Ablaufsgeschwindigkeit des dissoziierten Bewußtseinsinhaltes zum Ausdruck kommen. Die Erschöpfungszustände (Erschöpfungspsychosen) und die toxischen Psychosen zeigen aufs deutlichste, daß die gleichen Schädlichkeiten bald eine Steigerung der, wenn auch

völlig ungeordneten, psychischen Leistungen (primäre Inkohärenz + primäre Ideenflucht), bald eine Verringerung (Hemmung resp. Ausfall) derselben hervorrufen. Es kommen aber auch höchst zusammengesetzte Krankheitsbilder vor, indem kürzere oder längere Phasen eines schweren stuporösen Zustandes von interkurrenten Erregungen durchbrochen werden, in welchen Halluzinationen und Illusionen eine große Rolle spielen.

Die Ursachen hierfür sind nur ungenügend aufgeklärt. Aus dem Studium der Entwicklung der Krankheitsfälle läßt sich vermuten, daß bei akutem Einsetzen die Erregung (die inkohärente Ideenflucht bei der Amentia) und bei langsamer, mehr schleichender Entwicklung die Hemmung (z. B. der primäre Erschöpfungsstupor) vorzugsweise eintritt. Auf der anderen Seite weisen die leichteren Grade von Dauerermüdung bei den Erschöpfungsneurosen (Neurasthenie) darauf hin, daß in dem Zustande der Uebererregung selbst unterschwellige Reize auf die übermüdeten Zentren bald im Sinne einer gesteigerten Arbeitsleistung, bald als Hemmungen von Arbeitsleistungen wirken können. Die Erschöpfung im engeren Sinne, die mit einer Funktionsverringerung, resp. mit einem Funktionsausfall verknüpft ist, kennzeichnet sich dadurch, daß Reize nur in spärlichem Maße oder gar nicht mehr auf das erschöpfte Zentrum wirken, solange nicht ein gewisser Grad von Erholung stattgefunden hat. Die verschiedenen funktionellen Bezirke werden je nach dem Stande ihres Kraftvorrats und dem Maße ihrer Kraftleistung ganz verschiedenartige Grade der Funktionsstörungen innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes darbieten. So kann z. B. ein sensorisches Zentrum die Zeichen der ausgeprägten Uebererregung aufweisen, während ein anderes sensorisches oder motorisches Zentrum im Zustande der Erschöpfung sich befindet.

Diese Betrachtungen haben fast ausschließlich für die langsam sich entwickelnden Fälle von Neurasthenie Geltung. Man sieht aber auch dort, daß bei intensiveren Schwankungen des Krankheitszustandes einer anfänglichen Funktionssteigerung sehr rasch ein höherer Grad von Erschöpfung nachfolgt. Speziell für den Erschöpfungsstupor besteht eine ähnliche Verlaufsrichtung: auch hier ist eine initiale, nur Stunden oder Tage dauernde Erregung von einem oft monatelang dauernden schweren Erschöpfungszustande mit ausgedehnter Abnahme aller Kraftleistungen gefolgt. Die Schwierigkeit ist hauptsächlich darin gelegen, daß wir bislang außerstande sind, festzustellen, welchen Anteil an der verringerten, resp. aufgehobenen Leistung eine Steigerung der hemmenden Vorgänge innerhalb der zentralen Nervensubstanz und welchen die Erschöpfung im engeren Sinne, d. i. der Verlust an anregenden Vorgängen, hat. Derartige Betrachtungen haben nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein praktisches Interesse, indem sie einen Fingerzeig geben für die Schwierigkeiten, welche bei der Feststellung ausgleichbarer und unausgleichbarer Kraftschädigungen vorhanden sind. So läßt sich beim protrahierten Erschöpfungsstupor ein bestimmtes Urteil oft lange Zeit nicht abgeben, ob der Krankheitszustand noch einer völligen Restitution zugänglich ist oder nicht, mit anderen Worten, ob schon ein endgültiger Verlust an psychischer Energie stattgefunden hat.

In leichteren Graden allgemeiner Inkohärenz treten gar nicht selten eigenartige Krankheitssymptome hervor, welche kurz als Einfälle zu bezeichnen sind: Mitten in eine geordnete, mehr oder weniger weit ausgedehnte Gedankenreihe schiebt sich ganz unvermittelt eine Vorstellung, resp. ein Vorstellungskomplex (letzterer gelegentlich auch in Urteilsform: wahnhafte Einfälle) hinein, welcher weder durch äußere, noch durch innere Assoziation mit ersterer in irgendeinem Zusammenhange steht. Kurz hervorgestoßene Worte, mimische und pantomimische Bewegungen oder auch bestimmte Handlungen geben uns dann Kunde von diesen inneren Vorgängen.

Ein junger Offizier war durch einen Jagdunfall (Schrotschuß im Gesicht) einem längeren Krankenlager, zum Teil im Dunkelzimmer, ausgesetzt. Es entwickelte sich ein Zustand völliger Inkohärenz mit mäßiger motorischer Agitation. Nach Abklingen dieser Krankheitserscheinungen äußerte Patient noch mehrere Wochen hindurch die Wahnidee, er sei Friedrich der Große. Er ahmte mit Vorliebe bei Gängen im Garten die Körperhaltung des großen Königs nach und ging, auf einen langen Stock gestützt, gravitätisch auf und ab. Nach seiner vollständigen Genesung berichtete er, daß ihm plötzlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel während seines Krankenlagers der Gedanke gekommen

sei, er sei Friedrich der Große. Er könne sich gar nicht erklären, wie er zu dieser „verrückten" Annahme gelangt sei. Es müßte wohl damit zusammenhängen, daß er früherhin in gesunden Tagen sich sehr für Friedrich den Großen interessiert habe.

Wir gelangen damit zu den Bewegungsäußerungen der Kranken. Bei den stuporösen Bildern allgemeiner Inkohärenz treten die gleichen Erscheinungen zutage wie bei den einfachen Denkhemmungen. Nur wird hier der Mangel jeglichen Zusammenhangs mit bestimmten Zielvorstellungen noch deutlicher. Die Patienten greifen planlos nach diesem oder jenem Gegenstande, brechen oft eine Handlung mitten in ihrer Ausführung ab oder führen sie ganz fehlerhaft zu Ende. Entsprechend den spärlichen, doch geringwertigen und inhaltlich wechselnden Affektvorgängen wird der stumpfe, matte Gesichtsausdruck von flüchtigen, meist abortiven, mimischen Bewegungen belebt. Pantomimische Bewegungen treten nur seltener und unvollständig auf. Je lebhafter der Vorstellungsablauf, desto wechselvoller und ungeordneter, geradezu bizarr sind die mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen, sowie die Versuche, mehr oder weniger zusammengesetzte Handlungen auszuführen. Nicht selten kommt es zu dem Symptomenbilde der Paramimie, d. h. Mienen- und Gebärdenspiel entsprechen in keiner Weise mehr der affektiven Färbung der Vorstellungen. Alle diese Erscheinungen treten am schärfsten im sprachlichen und schriftlichen Ausdrucke der Kranken zutage. Es ist geradezu ein Zustand transcortikaler Paraphasie und Paragraphie vorhanden, wenn die Kranken alle ihnen vorgezeigten Gegenstände mit falschen Bezeichnungen belegen oder neugebildete, oft geradezu sinnlose Worte niederschreiben. Es liegen hier zweifellos die weitgehendsten Verschiebungen der assoziativen Zusammenhänge zwischen den optischen Empfindungen, resp. den zugehörigen Objektbildern und den Wortklangbildern, resp. den Sprechbewegungs- und Schreibbewegungsvorstellungen zugrunde. Das Zustandsbild, welches aus der Gesamtheit dieser Erscheinungen (allgemeine Inkohärenz mit Desorientierung und motorischer Inkohärenz) hervorgebracht wird, nennt man Verwirrtheit. Je nach den vorwaltenden Symptomen und nach den Entstehungsbedingungen der Inkohärenz kann man von stuporöser, ideenflüchtiger und halluzinatorischer Verwirrtheit sprechen. Wie die spezielle Psychiatrie zeigen wird, finden sich auch beim angeborenen und beim erworbenen Schwachsinn Symptomenbilder, welche als Verwirrtheit bezeichnet werden.

Weitere Störungen der Denktätigkeit werden durch das Auftauchen überwertiger Ideen (Wernicke) herbeigeführt, welche sich am häufigsten bei konstitutionell-psychopathischen Individuen zu Zeiten geistiger oder körperlicher Erschöpfung (z. B. bei der hereditären Form der Neurasthenie) vorfinden. Sie drängen sich auf Grund intensiverer Affekterregungen als einzelne Vorstellungen oder Vorstellungskomplexe oder als kompliziertere Vorstellungsverknüpfungen in der Form von Urteilen im Bewußtseinsinhalt mit elementarer Gewalt hervor. Oft handelt es sich nur um einzelne Worte oder Zahlenbegriffe, welche in ganz sinnloser Weise immer wieder auftauchen und das geordnete Denken stören (Onomatomanie; Charcot und Magnan). Noch häufiger sind es bestimmte hypochondrische Vorstellungen, welche durch peinliche Organempfindungen verursacht sind, oder Furchtvorstellungen, welche sich vor eine Zielvorstellung (z. B. Absendung eines wichtigen Briefes) einschieben oder sich einer

an sich gleichgültigen Handlung (z. B. das Anheften einer Stecknadel) anschließen. Je nach der Kritik, welche die Patienten diesen überwertigen Ideen gegenüber besitzen, werden Zwangsvorstellungen im engeren Sinne und überwertige Wahnvorstellungen unterschieden. Jene werden von den Kranken selbst als unberechtigte, ja widersinnige Eindringlinge erkannt und beurteilt, diese dagegen zwar als lästige, ja qualvolle, jedoch durchaus berechtigte Bestandteile des Denkens aufgefaßt. Eine Abart der Zwangsvorstellungen ist das Zwangsdenken, bei welchem bald (z. B. bei melancholischen und hypochondrischen Depressionszuständen) an sich durchaus folgerichtige Gedankenverbindungen, in der Mehrzahl affekterfüllte Erlebnisse, bald (bei psychischen Schwächezuständen) mehr oder weniger sinnlose Gedankenverbindungen immer wieder im Denkinhalte emportauchen.

Wernicke hält neben anderen Erscheinungen gestörter Bewußtseinstätigkeit, welche als Reizsymptome auf dem Boden der Sejunktion entstehen, streng auseinander: überwertige Ideen, Zwangsvorstellungen und autochthone Ideen. Die überwertigen Ideen kennzeichnen sich dadurch, „daß sie von den Kranken selbst keineswegs als fremde Eindringlinge in das Bewußtsein beurteilt werden; im Gegenteil, die Kranken erblicken den Ausdruck ihres eigensten Wesens darin und in dem Kampfe für sie recht eigentlich den Kampf um die eigene Persönlichkeit. Trotzdem werden sie oft als quälend empfunden, und die Kranken klagen oft, daß sie an nichts anderes denken können“. Von den Zwangsvorstellungen sind sie dadurch zu unterscheiden, daß diese letzteren als unberechtigt und oft direkt als unsinnig erkannt werden. Die autochthonen Ideen sind ebenfalls Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexe, welche sich auf Grund krankhafter Reize in der Assoziationstätigkeit hervordrängen und den sonstigen, geordneten und normalen Gedankenablauf stören. Die Aufmerksamkeit wird zwangsweise den autochthonen Ideen zugerichtet. Sie werden als lästige Eindringlinge empfunden. Sie unterscheiden sich von den Zwangsvorstellungen dadurch, „daß letztere niemals als fremd, der Persönlichkeit nicht angehörig empfunden werden und infolgedessen auch nicht die verhängnisvolle Bedeutung für das ganze Geistesleben erlangen, wie die autochthonen Gedanken“. Wernicke macht auf die nahen Beziehungen zwischen Halluzinationen und autochthonen Ideen aufmerksam. Es gibt Uebergänge zwischen beiden Symptomen, indem ein Stadium von autochthonen Gedanken dem Hören von Stimmen vorangeht.

Die engen Beziehungen der Zwangsvorstellungen zu dem Komplexe der Ich-Vorstellungen treten am schärfsten bei den sogenannten Phobien hervor (Agoraphobie, Claustrophobie, Mysophobie usw.), bei welchen heftige Affekterregungen und Affektreaktionen zu den typischen Begleiterscheinungen gehören. Auf die Entstehungsbedingungen dieser und anders gearteter Zwangsvorstellungen wird im speziellen Teile näher eingegangen werden.

Hier sei nur kurz des Einflusses gedacht, welchen die Zwangsvorstellungen auf die Handlungen der Kranken besitzen. Einmal enthält die Zwangsvorstellung einen Inhalt, welcher nur mittelbar zu motorischen Entladungen drängt, z. B. in dem bekannten Falle C. Westphals, in welchem der Patient, sobald er ein Stück Papier sah, von der Vorstellung gequält wurde, er hätte seinen Namen darauf gesetzt. Daran schloß sich die Furchtvorstellung, es könnte Mißbrauch mit seiner Unterschrift getrieben werden. Der daraus resultierende qualvolle Angstzustand kam erst dadurch zur Lösung, daß

Patient alle Papiere, die in sein Bereich kamen, zerriß. Er war sich dabei der Unsinnigkeit dieser Handlung vollständig bewußt. Wir begegnen aber auch der entgegengesetzten Erscheinung, daß der Angstaffekt jede motorische Tätigkeit hemmt und geradezu zu lähmungsartiger Schwäche führt, z. B. bei der Agoraphobie. Tauchen bei bestimmten Anlässen affekterfüllte, meist peinliche Erinnerungsbilder als Zwangsvorstellungen auf, so stellen sich die gleichen motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Störungen als Affektreaktionen ein, welche dem zugrunde liegenden Erlebnisse zu eigen waren. So wurde z. B. eine unserer Kranken jedesmal beim Betreten einer Gesellschaft von der Erinnerung an ein früheres unliebsames Ereignis ergriffen. Die Patientin, welche vorübergehend an Blasenkatarrh gelitten hatte, war von heftigem Urindrang befallen worden und hatte deshalb eine Gesellschaft verlassen müssen. Mit dieser Erinnerung trat dann sofort Urindrang ein: Patientin floh schleunigst aus der Gesellschaft. Auch die Erythrophobie (die Vorstellung, erröten zu müssen) oder die umgekehrte Vorstellung, in auffälliger Weise zu erblassen, führt tatsächlich diese vasomotorischen Reaktionen herbei. Bei anderen Patienten wird entweder nur die Vorstellung einer Handlung (z. B. sich zum Fenster hinausstürzen zu müssen) oder die Handlung selbst unmittelbar durch eine Vorstellung ausgelöst, z. B. der Anblick eines Stuhles zwingt den Kranken, denselben auf einen anderen Platz zu bringen. Meist ist auch hier damit die Vorstellung verbunden, daß das Unterlassen der Handlung für den Kranken selbst oder für andere ein Unglück herbeiführe. In selteneren Fällen ruft jede Handlung sofort zwangsweise die Vorstellung hervor, gewissermaßen zum Ausgleiche der schädlichen Folgen dieser Handlung eine andere, dieser ersteren entgegengesetzte Handlung ausführen zu müssen. So überschritt z. B. einer unserer Kranken eine Türschwelle, sprang dann aber sofort wieder zurück und mußte diesen Vorgang 10—20 mal wiederholen, bevor er endgültig das Zimmer verlassen konnte; zu anderen Zeiten kam er überhaupt nicht zur Ausführung einer beabsichtigten Handlung, weil er gezwungen war, eine ihr entgegengesetzte zu vollziehen. In derartigen Fällen von „Zwangshandlungen" spielen augenscheinlich bestimmte, zwangsweise auftauchende Bewegungsvorstellungen eine entscheidende Rolle.

Das Zwangsdenken ist, wenn auch seltener, von Zwangsreden begleitet. Bei degenerativen Psychosen mit eigenartigen, höchst zusammengesetzten Krankheitsbildern (Maladie des tics) treten neben motorischen koordinierten Zwangsbewegungen die Koprolalie (zwangsweises Hervorstoßen von Worten schmutzigen Inhalts), sowie auch die Echolalie (zwangsweises Nachsprechen gehörter Worte) auf. Letzterem Symptome begegnet man aber auch bei anderen, ebenfalls vorwaltend degenerativen Geistesstörungen.

Eine Zwischenstellung zwischen den isoliert auftauchenden Zwangsvorstellungen, welche übrigens, wie schon die angeführten Beispiele lehren, bei manchen Kranken durch bestimmte, mit dem Inhalte der Zwangsvorstellungen im Zusammenhang stehende Sinneseindrücke ausgelöst werden, und dem Zwangsdenken nimmt die Grübel- und Fragesucht ein. Die Erreichung bestimmter Zielvorstellungen wird dadurch unmöglich, daß sich in jede Gedankenreihe eine Unsumme ganz nutzloser, oft geradezu kindisch-alberner Fragen einschiebt („Warum hat der Mensch zwei Beine?"; „warum hat der Stuhl vier Beine?"; „warum ist die Sonne gelb und der

Mond silbern?"; „warum ist Silber ein Metall?" usw.). Die Patienten geraten durch diese, ihnen selbst fruchtlos und krankhaft erscheinende Gedankenarbeit in äußerste Erregung.

Von den Zwangsvorstellungen und dem Zwangsdenken ist zu unterscheiden das Haften einzelner Vorstellungen. Irgendeine an sich ganz folgerichtige Vorstellung staut gewissermaßen durch ihren überwertigen Charakter die Ideenassoziation. In leichteren Graden, welche manche Beziehungen zu Vorgängen im gesunden Leben aufweisen, sind es bestimmte Worte, Namen, Zitate, welche den Patienten nicht loslassen, ihn verfolgen und quälen (Kleben an Gedanken). Im sprachlichen Ausdruck macht sich diese Erscheinung gelegentlich bei abnorm ermüdbaren Individuen (z. B. bei der Neurasthenie) in sehr starker Weise geltend, indem die Kranken über bestimmte Worte nicht hinwegkommen und auch für neue Vorstellungen (konkrete Dinge und abstrakte Vorstellungen) das vorher verwandte Wort in ganz verkehrter Weise wieder aussprechen. Diese Krankheitserscheinung, bei welcher eine einmal geweckte Vorstellung in den unmittelbar nachfolgenden Vorstellungsreihen in sinnloser Verbindung wiederkehrt, ist von Cl. Neisser als perseveratorische Reaktion oder schlechtweg als Perseveration bezeichnet worden. Haftet bloß das Wort fest, so erscheint die Störung als Paraphasie; bleibt aber die begriffliche Vorstellung allein haften (ohne das Wort), so kann der Kranke den Gegenstand gelegentlich richtig benennen, aber seinen Gebrauch falsch angeben (Pseudoapraxie). Bei Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen sowie bei der Hebephrenie und Katatonie haben wir dies Symptom der Perseveration verhältnismäßig häufig gesehen. Dasselbe kommt den verschiedensten Gehirnerkrankungen zu. Am reinsten tritt es oft in der schriftlichen Produktion zutage. Die äußerliche Verwandtschaft der Perseveration mit der Verbigeration ist bei gesteigerten sprachlichen Leistungen irreführend. Doch beschränkt sich der Verbigerierende meist auf die Wiederholung bestimmter Worte und Sätze, reproduziert diese aber immer wieder durch längere Zeit, selbst tage- und wochenlang. Die perseveratorische Wiederholung schließt sich an alle möglichen, gerade geweckten Worte und haftet nicht an bestimmten Worten. Die für die Perseveration so charakteristische Beeinflußbarkeit durch neu zufließende Empfindungen, resp. neu geweckte Vorstellungen ist der Verbigeration ganz fremd (v. Sölder). Doch läßt sich nicht verkennen, daß zuweilen bei Verblödungsprozessen in späteren Stadien des Leidens, wenn der geistige Verfall weit fortgeschritten ist, eine scharfe Grenze zwischen Perseveration und Verbigeration nicht mehr zu ziehen ist.

Nicht mit der Perseveration zu verwechseln sind die impulsiven Wiederholungen derselben Vorstellung, welche sich regelmäßig mit einer Zerfahrenheit des Gedankenganges verbinden (Kraepelin). Der Inhalt dieser „stereotypen" Vorstellungen ist dabei ein ganz zufälliger und wird nicht, wie beim Haften, durch das Voraufgegangene bestimmt.

Die bedeutsamste Stellung unter den inhaltlichen Störungen der Ideenassoziation nimmt die Wahnbildung ein. Die Verstandestätigkeit, die Bildung von Urteilen und Schlüssen mittels Vorstellungsverknüpfungen baut sich im gesunden Geistesleben auf den gesetzmäßigen Beziehungen der Erinnerungsbilder mit den ihnen inhaltlich zugeordneten Empfindungen auf, welche von der Außenwelt und von dem eigenen Körper herstammen. Dabei wird die Urteilsbildung des ein-

zelnen Menschen überall beeinflußt von Gedankengängen, welche nicht ausschließlich der eigenen Erfahrung entspringen, sondern aus überlieferten, in einer Volkseinheit oder in einer Zeitepoche vorherrschenden und als allgemein gültige Wahrheiten gelehrten Vorstellungsverbindungen bestehen. Dem persönlichen Wissen, welches unmittelbar unseren Empfindungen und ihren Erinnerungsbildern entstammt, stehen so die Glaubensvorstellungen zur Seite, welche abgeleitete, durch Zutaten unserer Einbildungskraft ergänzte abstrakte Vorstellungsverbindungen sind (religiöse, naturwissenschaftliche, sozialpolitische usw. Glaubensvorstellungen). Die Bemessung des Einflusses dieser Glaubensvorstellungen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, da sie für die Mehrzahl der Menschen infolge der ihnen eigentümlichen Stärke der Gefühlsbetonung die Richtschnur für ihre gesamte Urteilstätigkeit werden. Je reicher die individuelle Erfahrung, auf welcher unser Wissen sich gründet, je entwickelter die eigene Kraft hinsichtlich der Einordnung des Wissensschatzes in allgemeine, der eigenen Erkenntnis entstammende Urteilsverbindungen sich gestaltet, desto selbständiger wird das Individuum in seiner Urteilstätigkeit. Gewisser Glaubensvorstellungen in dem oben berührten Sinne wird aber keiner, selbst nicht der geistig Höchststehende, entbehren können, da sie ein unbedingtes Erfordernis zur Ueberbrückung der Lücken in unseren aus der Erfahrung allein geschöpften Urteilsbildungen sind. So ist auch jeder von uns dem Irrtum unterworfen. Er entspringt einerseits daraus, daß der Erwerb von Erfahrungen über die Vorgänge der Außenwelt niemals zum Abschluß gelangt, sondern zu jeder Zeit durch neu zufließendes, bislang fremdartiges Empfindungsmaterial in seinem Besitzstande erschüttert wird, und andererseits daraus, daß unsere durch affektive Charakterveranlagung, Erziehung, Lebensgewohnheiten, Familien- und Volkstraditionen tief verankerten Leitvorstellungen auf ethischem, ästhetischem, religiösem, naturwissenschaftlichem Gebiete beständig in unsere Urteilsbildung eingreifen. *So entstehen die Irrtümer aus Vorurteil und Aberglauben, die um so fester haften, je intensiver der ihnen innewohnende Gefühlswert für die betreffende Persönlichkeit ist. Vom Irrtum infolge hartnäckigen, unbelehrbaren Verharrens auf einmal gefaßten Meinungen zur Wahnbildung ist nur ein Schritt; eine scharfe Grenzlinie zwischen beiden besteht nicht.* Denn beide besitzen die Eigenschaft, daß sie aus unrichtigen, den Tatsachen der Außenwelt nicht entsprechenden Vorstellungsverknüpfungen hervorgegangen sind. Als wesentliches unterscheidendes Merkmal des Irrtums von der Wahnidee wird der Umstand betrachtet, daß ersterer einer Berichtigung durch spätere, aus neuen Wahrnehmungen und verbesserten Schlußfolgerungen geschöpfte Urteile zugänglich ist, während letztere jeglicher Beweisführung trotzt. Dieses unterscheidende Merkmal gilt hauptsächlich für diejenigen Irrtümer, welche aus der Unzulänglichkeit unserer Erfahrungen, resp. aus der Inkongruenz zwischen neuen Wahrnehmungen und unserem Erfahrungsschatze herrühren. Es versagt aber dort, wo Urteilsbildungen in Frage kommen, welche gar nicht oder nur mit einem belanglosen Bruchteile aus unseren äußeren Erfahrungen herstammen. So wird es verständlich, daß zwischen festgewurzelten Vorurteilen, zwischen Aberglaube und Wahnbildung prinzipielle Unterschiede nicht bestehen, *indem ihnen gemeinsam die gesetzmäßige kausale Begründung in den Vorgängen der*

Außenwelt mangelt. Aber auch die durchaus berechtigten und aus dem menschlichen Bedürfnis nach Erkenntnis entspringenden Glaubensvorstellungen entbehren, soweit es sich um Vorstellungen über transzendentale Vorgänge handelt, dieser kausalen Begründung. Sie sind deshalb, wie die tägliche Erfahrung lehrt, eine fruchtbare Quelle von Wahnbildungen. Diese Betrachtung nötigt uns aber auch zur Bescheidenheit und weisen Einschränkung in unserer Auffassung über die geistige Beschaffenheit andersdenkender Menschen. Es ist nicht angängig, um bei dem Gebiete der religiösen Glaubensvorstellungen stehen zu bleiben, von religiöser Wahnbildung schon dann zu sprechen, wenn schrankenloses Versenken eines glaubensdurstigen Gemütes in religiöse Vorstellungskreise vorliegt und diese zur Grundlage uns unverständlich, ja widersinnig erscheinender Glaubensvorstellungen und daraus resultierender Handlungen werden. Es sei hier an die neuerdings wieder in Schwung gekommenen, auf der „christian science“ basierenden Gebetsheilungen und an die spiritistisch-okkultistischen Bestrebungen der modernen Theosophie erinnert. Man hüte sich, in Fällen, in welchen diese Glaubensgebiete den Denkinhalt erfüllen, die Diagnose auf Wahnbildung zu stellen, wenn nicht beweiskräftige Zeugnisse für diese Diagnose durch andere, unzweifelhaft krankhafte psychische Erscheinungen gegeben sind.

Das hauptsächlichste Merkmal sogenannter primärer Wahnbildung ist in der Mehrzahl der Fälle — wenigstens soweit die paranoischen Krankheitszustände in Frage kommen — ihr Ursprung aus abnormen Gefühlszuständen im Zusammenhange mit einer krankhaften Ueberwertigkeit des Komplexes der Ich-Vorstellungen, des Bewußtseins der Persönlichkeit. Dieser rückt andauernd in den Mittelpunkt der Denktätigkeit, beherrscht sie vollständig und führt damit zur Bildung ganz unrichtiger Beziehungsvorstellungen zwischen dem eigenen Ich und den Vorgängen der Außenwelt. Dabei mag die alte Streitfrage unerörtert bleiben, ob der pathologische Gefühlszustand die Grundlage der krankhaften Vorstellungsrichtung ist, oder ob er bei dieser primären Wahnbildung nur eine untergeordnete, sekundäre Bedeutung hat.

Für jeden Fall sind diese Urteilsfälschungen über die Wertschätzung der Persönlichkeit und deren Zusammenhänge mit den Vorgängen der Außenwelt nur dann der Ausgangspunkt einer andauernden und weitere Kreise des Vorstellungsinhaltes erfassenden chronischen Wahnbildung, wenn eine, freilich bislang unaufgeklärte, Veränderung des assoziativen Mechanismus stattgefunden hat. Sie kennzeichnet sich klinisch dadurch, daß bei Integrität der formalen assoziativen Verknüpfung (Wiedererkennen, Merkfähigkeit und Gedächtnis im engeren Sinne können völlig unversehrt sein) eine tiefgreifende Störung in der Bildung von Urteilsassoziationen bewirkt worden ist. Die Kranken mit „fixen“ Wahnideen besitzen also Besonnenheit in dem früher erörterten Sinne, jedoch keine Krankheitseinsicht, da ja in erster Linie ihr Urteil über die eigene Persönlichkeit gefälscht ist. Damit steht in engem Zusammenhange die Erfahrung, daß die Wahnidee durch neue eigene Erfahrungen oder durch Belehrung und Widerlegung nicht korrigiert werden kann.

Kraepelin hält eine Umwandlung der Gesamtpersönlichkeit oder eine krankhafte Verödung des geistigen Lebens für notwendig, damit überwertige Vorstellungen auf die Dauer das Uebergewicht erhalten; der Ausbildung von Wahnideen liegt deshalb regelmäßig eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes zugrunde.

Wernicke hält die Lockerung in dem festen Gefüge der Assoziation (die früher erwähnte Sejunktion) für das Ausschlaggebende bei der Wahnbildung. Er erblickt darin „einen Defekt, eine Kontinuitätstrennung, welche dem Ausfall gewisser Assoziationsleistungen entsprechen muß" (Verfall der Individualität).

In der Tat ist die Wahnbildung bei vorübergehenden, ausgleichbaren Störungen als ein Hemmungssymptom, bei chronischem Bestehen als ein Ausfallssymptom zu betrachten, indem die kritische Sichtung und Einordnung der Urteilsbildungen in die individuelle Erfahrung des gesunden Daseins verloren gegangen ist. Denn nur so wird es verständlich, daß die wahnhaften, aus der äußeren Wahrnehmung entstammenden Urteilsassoziationen bei den chronischen paranoischen Zuständen durch neue Wahrnehmungen nicht korrigierbar sind. Eine allgemeine Urteilsschwäche, welche den Wahnbildungen beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn sicherlich zugrunde liegt, besteht bei den paranoischen Zuständen im engeren Sinne nicht. Denn diese finden sich auch bei intellektuell durchaus gut entwickelten, ja sogar geistig hochstehenden Menschen; gerade bei solchen läßt sich am schönsten erkennen, wie jede Wahnidee zum unerschütterlichen Glaubenssatz nur dann wird, wenn das Urteil über die eigene Persönlichkeit, wenn die Beziehungen des Ichs zu den Außendingen in Frage stehen. Die Kranken besitzen über alle anderen (z. B. wissenschaftlichen oder wirtschaftlichen) Fragen oft ein völlig zutreffendes Urteil.

Gelingt es, bei Fällen chronischer systematisierter (stabiler oder fortschreitender) Wahnbildung den ersten Anfängen des Leidens genauer nachzuspüren, so stößt man fast überall auf die Angabe, daß zuerst für einige Tage oder Wochen ein Zustand von geistiger Leere (z. B. äußerte einer unserer Kranken: „Mein Kopf war ganz weg"), verbunden mit einem unruhigen Gefühlszustande — der „Ratlosigkeit" — vorhanden gewesen sei. Auch ganz kurzdauernde, den früher erwähnten psychischen Deliquien zuzurechnende Störungen der Bewußtseinstätigkeit können die ersten Anlässe zur Wahnbildung sein.

Bei einem seit vielen Jahren in der Klinik befindlichen Paranoiker war nachträglich festzustellen, daß er im 21. Lebensjahre nach angestrengten Studien, nächtlichen Kneipereien usw. die erste deutlich erkennbare wahnhafte Urteilsbildung vollzogen hat. Der Patient stammte aus erblich stark belasteter Familie und hatte schon während der Gymnasialzeit mannigfache „nervöse" Störungen dargeboten. Er hatte auf einem Spaziergange „im Kater", als er an eine von ihm verehrte junge Dame dachte, eine „ohnmachtsartige" Anwandlung, die nur wenige Augenblicke währte. Als er sich wieder zurechtfand, wurde sein Blick durch einen Strauß von Rosen gefesselt. „Sofort wußte ich, daß die Dame mich liebte und die Rosen für mich bestimmt seien. Es war mir klar, daß sie mir durch die Rosen ein Zeichen gegeben hatte, um sie zu werben." Trotzdem er bei seiner Werbung eine derbe Abweisung erfahren hatte, blieb die krankhafte Urteilsbildung (wahnhafte Beziehungsvorstellung) für ihn eine unumstößliche Wahrheit.

Viele Kranke verbinden mit den pathologischen Organempfindungen, resp. Organgefühlen, welche diesen Bewußtseinsstörungen anhaften, nachträglich die Erklärungswahnvorstellung, daß sie betäubt, chloroformiert oder durch andere Gifte um ihren Verstand gebracht worden seien.

Noch klarer werden diese Beziehungen zwischen der Wahnbildung und den allgemeinen Denkstörungen bei den Fällen chronischer Paranoia, deren Anfänge durch einen remittierenden Verlauf ausgezeichnet sind. Es wird dann von intellektuell hochstehenden Patienten recht häufig in den Zeiten relativer geistiger Ruhe und Klarheit die Auskunft gegeben, daß die von ihnen selbst noch als fremdartig, krankhaft empfundenen Urteilsbildungen unter ganz besonderen Umständen (nach intensiver geistiger Arbeit, gemütlicher Erregung, schlaflosen Nächten usw.) ganz plötzlich und unvermittelt in ihr Denken „eingeströmt“ seien. Freilich macht jeder neue Ansturm diese kritischen Ueberlegungen zunichte.

Eine zweite Gruppe bilden die inkohärenten und flüchtigen Wahnbildungen, welche bei akut einsetzenden und meist auch akut verlaufenden Psychosen (vgl. hierzu vor allem die Infektions- und Intoxikationspsychosen) auf dem Boden einer primären Inkohärenz entstanden sind. Das disparate, inhaltlich zusammenhanglose Vorstellungsmaterial wird zur Bildung ganz merkwürdiger und widersinniger Urteilsassoziationen verwandt. Daß die schon früherhin als wahnhafte Einfälle (vgl. S. 26) besprochenen krankhaften Vorgänge auf assoziative Störungen zurückzuführen sind, bedarf keiner weiteren Erörterung. Sie werden nur dann zum Ausgangspunkt fixierter Wahnvorstellungen, wenn die akute Psychose mit einem Intelligenzdefekte endigt. Wir verweisen auf die eigenartige, verschrobene, phantastische, zusammenhanglose Wahnbildung, welche oft der Hebephrenie, Katatonie und den immerhin selteneren Fällen von Dementia paranoides eigentümlich ist.

Eine dritte Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, bei welchen der klinische Nachweis einer primären assoziativen Störung nicht erbracht werden kann und die Wahnbildung allein auf pathologische Affektvorgänge zurückgeführt werden muß. Dabei ist zu bemerken, daß Stimmungsanomalien besonders dann zur Wahnbildung disponieren, wenn pathologische Empfindungsreize oder affekterfüllte Vorstellungen den Anstoß zu einem jähen Anstieg der Affekterregung (sowohl im positiven, als auch im negativen Sinne) oder zu einem brüsken Umschlag des gerade vorherrschenden Gefühlszustandes geben.

Eine besondere Bedeutung für die Wahnbildung besitzen die Illusionen und Halluzinationen. Einmal schießen als Reizsymptome einzelne Halluzinationen und Illusionen — man kann sie geradezu als halluzinatorische Einfälle bezeichnen — hervor, während im übrigen die Bewußtseinstätigkeit verlangsamt, erschwert, die Assoziation mehr oder weniger gelockert ist. Die Halluzination haftet fest und wird der Ausgangspunkt bestimmter, um den Kern der Ichvorstellung gruppierter Wahnideen im Sinne des Erklärungs- und Beziehungswahns. Diese Art von halluzinatorischer Wahnbildung finden wir vornehmlich bei der Amentia. Bei den heilbaren Formen tritt mit der Genesung, mit der festeren Fügung des assoziativen Mechanismus und mit der Wiederkehr der normalen Urteilsbildung eine Korrektur dieser halluzinatorischen inkohärenten Wahnbildung ein. Beim Ausgang in geistige Schwäche bleibt die halluzinatorische Wahnbildung entweder unverändert bestehen oder führt zu weiterer Wahnbildung.

Bei den paranoischen Zuständen mit exquisit chronischer Entwicklung ist den Halluzinationen und Illusionen eine mehr sekundäre Bedeutung zuzumessen, und zwar auch dann, wenn diese Krankheitserscheinungen in einzelnen Krankheitsphasen gehäufter auftreten; es

läßt sich auch bei den chronischen Halluzinanten bei genauer Erforschung des Entwicklungsganges der Krankheit nachweisen, daß die wahnhaften Beziehungsvorstellungen sich (freilich oft nur in unklarer, verschwommener Ausdrucksweise) zuerst eingestellt haben. Die Halluzination prägt sozusagen den Beziehungswahn in bestimmte Formen, kleidet ihn in Worte.

Jede neue gemütliche Erregung drängt sie wieder in den Vordergrund und bewirkt eine Ergänzung und Erweiterung der Wahnbildung. In welcher Weise sich der Ausbau eines Wahnsystems vollzieht, wie sich späterhin logisch aus wahnhaften Prämissen entwickelte sog. „komplementäre" Wahnideen in das System eingliedern, wird die spezielle Psychiatrie lehren.

Viel schwieriger ist der wechselseitige Einfluß zwischen Wahnbildung und halluzinatorischer Erregung bei den akut einsetzenden und akut (sehr häufig periodisch) verlaufenden paranoischen Zuständen, bei welchen nur allzu häufig sofort beim Beginn des Anfalls die zuerst geäußerte Halluzination eine wahnhafte Urteilsassoziation widerspiegelt und ebenso jede in der Folge neu erzeugte Wahnidee. Die Patienten schildern ganze Reihen von halluzinatorischen Erlebnissen, die alle das Leitmotiv der Beeinträchtigung, der Verfolgung usw. erkennen lassen. Wir sind der Ueberzeugung, daß auch bei dieser sog. akuten halluzinatorischen Paranoia, bei welcher die heftigste gemütliche Erregung fast die Regel ist, die Wahnbildung als primärer Krankheitsvorgang aufzufassen ist. Wir finden diesen Krankheitszustand, von welchem erst in den letzten Dezennien die Amentia schärfer abgegrenzt wurde (letzterer ist eine primäre Wahnbildung nicht eigentümlich), fast ausschließlich bei den konstitutionell (hereditär) veranlagten Individuen. Dieselben bieten meistens schon früherhin die Vorläufer der Wahnbildung durch ihre verschrobene Lebensauffassung und Lebensführung (pathologisches Mißtrauen, verbunden mit pathologischem Eigendünkel usw.). Irgendwelche Anstöße, meist heftige gemütliche Erschütterungen, lösen (vgl. die Beobachtung S. 10), den akuten paranoischen Anfall und gleichzeitig die halluzinatorische Erregung aus. Es ist aber gerade hier am schärfsten erkennbar, daß die Ausprägung, die genauere Formulierung der Wahnidee durch die Halluzination oder Illusion herbeigeführt wird. Der Verdacht des Patienten wird durch die Halluzination zur unumstößlichen Gewißheit. Klingt der Gefühlssturm ab, der in allen diesen akut verlaufenden Fällen mehr oder weniger weitgehende Bewußtseinsstörungen bedingt, so sinkt die Ueberwertigkeit der Wahnidee auf ein immer tieferes Niveau, zugleich aber auch schwindet allmählich der halluzinatorische Erregungsvorgang. Die Kranken gewinnen in der Folge ihr gesundes Urteil zurück; die überstandene Krankheitsphase erscheint ihnen in der Erinnerung wie ein wüster Traum, wie ein fremdartiges, ihnen unbegreifliches Ereignis. In subakut verlaufenden Fällen können die Wahnideen in der Folgezeit als solche fortbestehen; da ihnen aber ein höherer affektiver Wert nicht mehr innewohnt, so besitzen sie auf das Denken und Handeln der Patienten keinen Einfluß mehr (Residualwahn).

Auch vereinzelte wahnhafte halluzinatorische Einfälle, welche scheinbar unvermittelt entstehen und plötzlich wieder schwinden, sind bei den originär verschrobenen Persönlichkeiten gar nicht selten.

Ein in Amt und Würden stehender, durchaus besonnener, aber eigentümlich mißtrauischer, jähzorniger und rechthaberischer Mann wurde nachts gegen 12 Uhr nach einer längeren gesellschaftlichen Sitzung (kein Alkoholabusus!) und nach einer erregten Debatte über religiös-politische Fragen auf dem Nachhausewege von der Wahnvorstellung befallen, daß an jeder Straßenecke Jesuiten auf ihn lauerten. Er zog den ihn begleitenden Freund ängstlich in eine Nebenstraße, verbot ihm lautes Sprechen und erklärte ihm, daß zwei harmlose, ihrer Behausung zustrebende Spießbürger zwei römische Sendlinge seien, die ihn bewachen sollten. Er hätte gehört, wie sie seinen Namen gerufen haben. Am anderen Tage schrieb er dem Freunde einen Brief, in welchem er den Vorfall bedauerte; er müßte geradezu verrückt gewesen sein, daß er solches Zeug hätte glauben können. — Der Mann ging 10 Jahre später an einer arteriosklerotischen Hirndegeneration zugrunde.

Daß aber ein isolierter wahnhafter halluzinatorischer Einfall die Grundlage eines immer weiter ausgesponnenen Wahnsystems werden kann, lehren Fälle, in welchen erblich behaftete Individuen in Zuständen körperlicher und geistiger Erschöpfung von kurzdauernden halluzinatorischen Erregungen (meist zusammengesetzten Halluzinationen von großer sinnlicher Lebhaftigkeit) befallen werden.

Ein zwanzigjähriger Bauakademiker, welcher bei kümmerlicher Nahrungszufuhr anfänglich durch intensives Studium, nachher durch ebenso intensiv betriebenes Nachtleben in verrufenen Lokalen in einen Zustand hochgradiger intellektueller Erschöpfung geraten war, wurde von einem plötzlichen Schwächezustand im Berliner Tiergarten befallen. „Mir schwanden die Sinne, ich konnte nichts denken und mußte mich auf eine Bank setzen. In diesem Augenblick fuhr die kaiserliche Equipage an mir vorüber. Ich sah, wie der Kaiser mir huldvoll winkte und mir laut zurief: »Du bist mein Sohn!«“ Der Vorfall beschäftigte ihn in den nächsten Tagen unaufhörlich; er gelangte allmählich zu der Ueberzeugung, daß seine Eltern nur seine Pflegeeltern seien, und daß er als kleines Kind in seine Heimatsprovinz direkt aus dem kaiserlichen Palais geschickt worden sei. Der nächstliegende Gedanke war, sich eine Unterstützung seitens seines kaiserlichen Vaters zu verschaffen. Er ging ins Schloß, bezeichnete sich dort als kaiserlichen Prinzen und verlangte seinen Vater zu sprechen, um eine größere Summe zu erheben, die dieser ihm versprochen habe. Er wurde von dort auf die Irrenabteilung der Charité gebracht und äußerte schon nach wenigen Tagen ein ganz kompliziertes Wahnsystem mit grotesken, phantastischen Auslegungen seiner Abstammung und Lebensgeschichte. Wir sahen ihn viele Jahre später in einer Irrenanstalt wieder als chronischen Paranoiker.

Ein eigenartiges Zustandsbild, das ebenfalls vornehmlich auf dem Boden konstitutioneller Veranlagung entsteht, wird durch das massenhafte Auftauchen inhaltlich ganz disparater und zusammenhangloser Größen- und Verfolgungsideen gekennzeichnet. Hier ist die primäre inkohärente Erregung (vgl. S. 25) die Grundlage der widersinnigsten, durch Halluzinationen und Illusionen verstärkten Wahnbildung, die akut einsetzt und oft monatelang bestehen kann. Diese akute dissoziative Wahnbildung schwindet, wie mich eine Beobachtung aus letzter Zeit wiederum gelehrt hat, trotz scheinbarer Hartnäckigkeit ebenso plötzlich, wie sie entstanden ist. Verwechslungen mit den Endzuständen juveniler Psychosen (Dementia praecox) sind auf der Höhe des Krankheitsverlaufes sehr naheliegend. Die völlige geistige Klärung ohne ethische und intellektuelle Einbuße belehrt uns dann über die richtige Natur des krankhaften Zustandes.

Um sekundäre Wahnbildungen im engeren Sinne, die man auch als erklärende Wahnbildungen bezeichnen kann, handelt es sich dann, wenn protrahierte pathologische Gefühlszustände, vor allem die manische, heitere Exaltation oder die melancholische Depression oder die depressiv-reizbare, sog. hypochondrische Verstimmung der Boden der Urteilsfälschung ist. Bei der heiteren exaltierten Stimmungsanomalie mag die Ueberwertigkeit derjenigen Vorstellungen, welche der affektiven Störung am meisten entsprechen, die wesentlichste Ursache dieser Art von Wahnbildung sein. Doch ist hier zu bemerken, daß bei der reinen Manie eine Stabilisierung der Wahnideen trotz allen Schwelgens in Lustgefühlen kaum vorkommt; da-

gegen entwickeln sich die schrankenlosesten Größenideen auf der Grundlage der schwachsinnigen Euphorie des Paralytikers oder bei der in Schwachsinn übergegangenen Hebephrenie. Eindeutig als Erklärungswahn tritt uns die Wahnidee des Melancholikers und zum Teil auch des Hypochonders entgegen. Sie ist die logische Motivierung der Angst und schwindet (bei den heilbaren Fällen) mit dem Aufhören des pathologischen Gefühlszustandes. Bleiben die Wahnideen trotz Abklingens der krankhaften Stimmung bestehen und findet eine weitere Verarbeitung derselben im Sinne des Beziehungs- und Erklärungswahnes statt, so ist jener chronische Krankheitszustand gegeben, der von manchen Autoren als sekundäre Paranoia bezeichnet wird. Da in derartigen Fällen eine allgemeine Schwächung der Urteilsfähigkeit und eine Verarmung des Vorstellungsinhaltes Platz gegriffen hat, so wird die sekundäre Paranoia richtiger als Teilerscheinung der sekundären Demenz betrachtet.

Hinsichtlich der zahlreichen inhaltlichen Variationen der wahnhaften Urteilsbildungen verweisen wir auf die spezielle Psychiatrie. Nur die Hauptrichtungen, in welchen die Wahnbildung sich bewegt, mögen hier noch angeführt werden. Dem Grundgesetz entsprechend, nach welchem auch bei den weitverzweigtesten „systematisierten" Wahnbildungen die „Ich-Wahnvorstellungen" der Ausgangspunkt gewesen sind, und im Hinblick auf ihre unerläßliche Gefühlskomponente unterscheidet man den expansiven (euphorischen) Größenwahn und den depressiven Kleinheitswahn. Beide zusammen entsprechen den „Primordialdelirien" Griesingers. Der depressive Wahn zerfällt wieder in einige Untergattungen: den Versündigungswahn, den hypochondrischen Wahn (einschließlich des Wahnes der Verwandlung in andere Menschen- oder Tiergestalten), den Verarmungswahn (einschließlich des Vernichtungswahns) und den Verfolgungswahn (einschließlich des Eifersuchtswahns).

Als eine der Quellen der Wahnbildung haben wir früherhin die allgemeine Urteilsschwäche kennen gelernt, welche den angeborenen und erworbenen Schwachsinn kennzeichnet. Indem wir hinsichtlich der klinischen Varietäten der Entwicklungshemmungen auf geistigem Gebiete und der Verblödungsprozesse auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie verweisen, mögen hier einige Bemerkungen über die ihnen gemeinsamen Merkmale Platz finden.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit des einzelnen wird weniger bestimmt durch den mehr oder weniger großen Vorrat an einfachen Vorstellungen (Erinnerungsbilder einzelner stattgehabter früherer Empfindungen) als durch den Reichtum an allgemeinen und zusammengesetzten konkreten (sinnlichen) und abstrakten Begriffen. Indem nicht nur die Summe der sinnlichen Partialvorstellungen in den Wortklang-, resp. Wortbewegungsvorstellungen ihre Zusammenfassung zu Einzelbegriffen findet, sondern auch alle komplexen allgemeinen Begriffe wiederum ihre bestimmte sprachliche Bezeichnung besitzen, so können wir bis zu einem gewissen Grade aus dem Wortschatze einen Rückschluß auf den intellektuellen Besitzstand ziehen.[1]) Je stärker die geistige Entwicklungshemmung, desto mühseliger ist die Verknüpfung der spärlichen Einzelvorstellungen zu Allgemeinvor-

[1]) Nach einer bei Meynert (Die Bedeutung des Gehirns für das Vorstellungsleben) befindlichen Notiz betrug der Wortschatz Shakespeares 15 000, während derjenige eines englischen Matrosen nicht über einige Hundert hinausgeht.

stellungen und Begriffen (Vorstellungsarmut oder Intelligenzdefekt im engeren Sinne), und desto leichter werden einseitige und verkehrte Urteile gebildet (schwachsinnige Wahnideen infolge allgemeiner Urteilsschwäche), welche die obenerwähnten Merkmale der wahnhaften Urteilsbildung an sich tragen. Das gleiche gilt von dem erworbenen Schwachsinn, bei welchem die früher vorhandenen Begriffe und feingegliederten assoziativen Verknüpfungen verloren gegangen sind und schließlich nur noch disparate Glieder zusammengesetzter Vorstellungskomplexe in zusammenhangloser Weise aneinander gereiht werden (Inkohärenz des Schwachsinnes). Am klarsten tritt diese Verarmung betreffs der assoziativen Verknüpfungen und die aus ihr entspringende Urteilsschwäche bei der progressiven Paralyse hervor, bei welcher auch die Unfähigkeit der Kranken, neue Vorstellungsverknüpfungen aus dem zufließenden Empfindungsmaterial herzustellen und mit früheren Erfahrungen zu Urteilen zu verbinden, offenkundig ist.

III. Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens.

Wir haben im vorstehenden schon mehrfach auf die Gefühlskomponente hingewiesen als einen wesentlichen Faktor, welcher die Wertigkeit der Empfindungen, der einfachen und zusammengesetzten Vorstellungen für die Ideenassoziation bestimmt. Während die Empfindung und ihre Erinnerungsbilder, die Vorstellungen, die Elementarphänomene des Bewußtseins sind, welche auf äußere, dem wahrnehmenden Subjekt (dem Komplex der Ich-Vorstellung, der Persönlichkeit) gegebene Gegenstände bezogen werden, repräsentieren die Gefühle und die aus ihnen entstammenden Gemütsbewegungen die subjektiven Bewußtseinselemente und dienen demgemäß zum Aufbau desjenigen Bewußtseinsinhaltes, welcher sich auf den Zustand des Subjekts selbst bezieht (Ich-Inhalte und Ich-Qualitäten: Lipps).

Unter Affekten versteht man plötzlich einsetzende und rapid anschwellende Gefühlsvorgänge, welche einen Einfluß auf die Ideenassoziation und die motorischen Innervationen ausüben.

Stimmungen sind Gefühlszustände von längerer Dauer, die teils in bestimmten, mit Bewußtsein erlebten, aber wieder vergessenen Anlässen, teils in Empfindungen der vegetativen Organe wurzeln, und die aus beiden Gründen der willkürlichen Beherrschung nur unvollkommen unterworfen sind (Stumpf). Die Intensität der augenblicklichen Gefühlswirkungen steht hier außer Proportion zu dem Bestand an Vorstellungen und Gedanken, indem letztere nur ganz unbestimmt und schattenhaft sind, während das Gefühl stark entwickelt auftritt. Es ist leicht verständlich, daß Affekterregungen sich verhältnismäßig leicht auf dem Boden dieser länger dauernden Gefühlszustände bei verhältnismäßig geringfügigen Anstößen entwickeln können. Da die Gefühle, wenigstens in ihrer ursprünglichen, erstmaligen Entstehung, an Empfindungen und Vorstellungen gebunden sind, so sind sie in letzter Linie ebenfalls abhängig von dem Erregungszustande der cortikalen Neurone.

Die Empfindungen und Vorstellungen übertragen ihre Gefühlskomponenten nach bestimmten Gesetzen. Jede Empfindung teilt ihre Gefühlsbetonung (sensorielle Gefühle) ihrem eigenen Erinnerungsbilde (der Vorstellung) mit (intellektuelle Gefühle). Zwei assoziativ verwandte Vorstellungen übertragen ihre Gefühlsbetonung aufeinander.

Als Irradiation der Gefühlstöne bezeichnet Ziehen die Uebertragung einer mehr oder weniger starken Gefühlsbetonung auf eine ihr assoziativ verwandte gefühlsärmere Vorstellung. So entstehen sekundäre intellektuelle Gefühlstöne. Als Reflexion der Gefühlstöne bezeichnet er den Vorgang, daß eine ursprünglich gefühlsfreie Vorstellung ihre sekundäre Gefühlsbetonung auf ihre eigene ursprünglich gefühlsfreie Grundempfindung überträgt. Es bilden sich dadurch sekundäre sensorielle Gefühle. Diese Reflexion und Irradiation der Gefühle sind im wesentlichen für die Entstehung und Fortdauer von Stimmungen, resp. Stimmungsanomalien maßgebend. Es folgt hieraus, daß den Gefühlen eine Uebertragbarkeit zuzuschreiben ist, wie sie den Empfindungs- und Vorstellungsinhalten nicht zukommt. Die Entladungsbereitschaft, deren Veränderung den Affektveränderungen entsprechen soll, muß deshalb als eine übertragbare Eigenschaft betrachtet werden.

Wenn wir unter Gesamtbewußtsein die Summe aller innerhalb einer Zeiteinheit sich vollziehenden psychischen Vorgänge verstehen, so rechtfertigt sich der Satz, daß die Gefühlsreaktionen von dem Zustande unseres Gesamtbewußtseins abhängig sind. Alle Einwirkungen körperlicher und seelischer Art, welche Bewußtseinsstörungen herbeiführen, verursachen auch krankhafte Gefühlsreaktionen. Erst die neuere Psychologie hat die Bedeutung der Gefühlsreaktionen sowohl für unser psychisches Geschehen, als auch für die körperlichen Vorgänge richtiger erkannt und klarer formuliert. Vergleichen wir elementare Gefühle mit den Empfindungen, so finden wir als wesentliches unterscheidendes Merkmal der Gefühle außer der qualitativen Verschiedenheit und der erhöhten subjektiven Beschaffenheit das Fehlen einer räumlichen Bestimmtheit (Lipps). Man ist daher berechtigt, die emotionellen Vorgänge als eigene Bewußtseinselemente neben die intellektuellen zu stellen und diese zwei Gruppen in ihrer Zusammenfassung als die Bestandteile eines in der Zeit verlaufenden psychischen Prozesses zu bezeichnen. Den Gefühlen kommt also wie den Empfindungen eine Qualität, eine Intensität und eine Zeitdauer zu. Die ältere Psychologie unterschied nur die zwei Gefühlsqualitäten der Lust und der Unlust (Schmerz). Die Einteilung in zwei kontrastierende Grundformen oder Hauptrichtungen der Gefühle (positive und negative Gefühlstöne) genügt aber nicht, um die zahlreichen qualitativen Abstufungen der Gefühlsreaktionen zu kennzeichnen. Außer Lust und Unlust unterscheidet Wundt als zweite Hauptrichtung die erregenden und beruhigenden (exzitierenden und deprimierenden) und als dritte Hauptrichtung die spannenden und lösenden Gefühle. Auch diese neu aufgestellten Hauptrichtungen bewegen sich zwischen gewissen Gefühlsgegensätzen und müssen als Kollektivausdrücke einer unendlichen Menge individuell variierender Gefühle aufgefaßt werden. Nur selten wird sich ein einfaches, unzerlegbares sinnliches Gefühl mit einer ganz eindeutigen Verlaufsrichtung im normalen Bewußtseinsinhalte auffinden lassen. Fast immer besteht ein untereinander „zusammenhängendes, mehrfach ausgedehntes Gefühlskontinuum, das nicht nur verschiedene Hauptrichtungen, sondern auch qualitativ und individuell ganz verschiedenartige, schwer voneinander zu unterscheidende Gefühle enthält“ (Wundt). Die individuelle Veranlagung zu bestimmten, gleichmäßig wiederkehrenden affektiven Reaktionen wird als affektiver Charakter (Temperament) bezeichnet. Logische Gefühle (Wundt) werden diejenigen genannt, welche den Vorgang der Ideenassoziation,

das Gelingen oder Mißlingen beim Aufbau einer logisch geordneten Vorstellungsreihe begleiten. Auch in der Psychopathologie müssen wir meist darauf verzichten, Gefühlsmischungen in ihre qualitativen Einheiten zu zerlegen.

Die Aufstellung Wundts gibt uns nur den Schlüssel in die Hand, in den Gefühlsmischungen die jeweilig vorherrschenden Gefühlsrichtungen genauer zu präzisieren. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sowohl die Richtungen, als auch die Stärke der Gefühle von wesentlichstem Einfluß auf die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen psychischer Störungen sind. Bei den einzelnen Gefühlen, soweit dieselben experimentell erzeugbar sind, sind die physischen Begleit- und Folgeerscheinungen auf geringe Veränderungen der Herz- und Atmungsinnervation beschränkt. Bei den Affekten finden sich Wirkungen auf das Herz, die Blutgefäße, die Atmung und auf die Bewegungsorgane. Es treten zunächst Bewegungen der Antlitzmuskulatur (mimische Bewegungen), dann solche der Arme und des Gesamtkörpers (pantomimische Bewegungen) auf. Bei stärkeren Affekten gesellen sich ausgebreitete Innervationsstörungen (Muskelzittern, krampfartige Erschütterungen des Zwerchfells und der Antlitzmuskeln, lähmungsartiger Nachlaß des Muskeltonus) hinzu.

Die Folgewirkungen der Affekte auf die psychischen Vorgänge sind sowohl von der Intensität, als auch von der Qualität der Gefühle abhängig. Intensivere Gefühlsreaktionen wirken bahnend auf die Ideenassoziation, beschleunigen also den Vorstellungsablauf, während intensivste Erregungen denselben hemmen. Akute Affekte in höchster Steigerung können zu einer momentanen Stockung des Vorstellungsablaufes, ja zu völliger Bewußtlosigkeit führen (Lotze). Welchen Einfluß außer den formalen Eigenschaften (Stärke- und Ablaufsgeschwindigkeit der Gefühle) auch die Gefühlsinhalte auf den Ablauf der Ideenassoziation besitzen, ist noch wenig aufgeklärt. Es kann nur im allgemeinen gesagt werden, daß positive Affekte die Ablaufsgeschwindigkeit steigern, während negative dieselbe verlangsamen.

Wir unterscheiden die folgenden Stimmungsanomalien:

A. Die Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. Sie findet sich am ausgeprägtesten bei der Hysterie und bildet hier die Grundlage der mannigfaltigsten, sowohl in ihrer Intensität, als auch in ihrer zeitlichen Dauer abnormen Affektreaktionen. Auch den leichteren Formen der sog. maniakalischen Exaltation ist diese Uebererregbarkeit auf affektivem Gebiete vielfach eigentümlich. Sie bildet ferner ein charakteristisches Merkmal mancher Zustandsbilder beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn, z. B. bei dem Jugend-Irresein (insbesondere in den Anfangsstadien der katatonischen Form), der Dementia paralytica und dem Altersschwachsinn. Sie verbindet sich vornehmlich bei den geistigen Schwächezuständen recht häufig mit einer krankhaften Veränderlichkeit und Beeinflußbarkeit der Gefühle, die in einem jähen Stimmungswechsel durch geringfügigste Ursachen (z. B. durch eine neu auftauchende Vorstellung oder durch Verbalsuggestionen traurigen, heiteren, zornerregenden Inhalts) sich kundgibt.

Doch sind diese letztgenannten Erscheinungen durchaus nicht immer die Begleiterinnen einer allgemeinen Steigerung der Affekterregbarkeit. Sie können sich sogar mit der nachstehend erörterten Abstumpfung des Gefühlslebens (Gefühlsverarmung, Gefühlsroheit) verbinden. Am bekanntesten sind die plötzlichen Zornaus-

brüche bei gefühlsstumpfen Imbezillen oder die plötzlichen Erregungszustände auf sexuell-erotischem Gebiete bei Paralytikern und senil Dementen, welche im übrigen die weitgehendsten Verarmungen und Verflachungen des Gefühlslebens aufweisen.

Die Labilität der Stimmung, die krankhafte „Launenhaftigkeit" ist auch bei normaler geistiger Entwicklung ein häufiges Attribut der hysterischen Gefühlsstörung. Hier ist nicht immer der Nachweis zu liefern, daß bestimmte Empfindungs- oder Vorstellungsreize den plötzlichen Stimmungswechsel verursacht haben. Man ist dann zu der Annahme genötigt, daß auch Aenderungen des cortikalen Erregbarkeitszustandes an sich, „Verschiebungen innerhalb der latenten Erinnerungsbilder" (ZIEHEN), die Grundlage pathologischer Affekterregungen sein können.

Als krankhafte Ergriffenheit (ZIEHEN) wird die einseitige Steigerung der „höheren" (ethischen, ästhetischen und religiösen) Gefühle bezeichnet, welche wiederum insbesondere bei der Hysterie, aber auch bei der Paranoia (Wahnbildung auf religiösem Gebiete) zu eigenartigen ekstatischen Zustandsbildern führen kann. Daß ein Zustand hochgradig gesteigerter religiöser Ergriffenheit beim Zusammentreffen verschiedener schädigender Momente vorübergehend auch bei geistig gesunden Menschen Halluzinationen erzeugen kann, haben wir S. 8 gesehen.

Eine besondere Art der affektiven Uebererregbarkeit bildet die reizbare Verstimmung, bei welcher aus geringfügigsten Ursachen heftige Zornaffekte entstehen.

Der Zornaffekt ist als eigenartiger Gefühlszustand aufzufassen, in welchem Unlust-, Erregungs- und Spannungsgefühle in merkwürdiger Mischung vereinigt sind. Er besitzt eine ausgesprochene Tendenz zu motorischer Entladung; die Zornhandlung ist immer gegen außen stehende Personen, selbst gegen leblose Gegenstände, und niemals gegen das eigene Ich gerichtet. Zunächst bewirkt der Zorn eine motorische Hemmung; erst wenn eine Summation der affektiven Erregung bis zu einer gewissen Höhe stattgefunden hat, erfolgen mit explosiver Heftigkeit jähe, beschleunigte motorische Reaktionen. Der Vorstellungsablauf zeigt in gleicher Weise anfänglich eine Hemmung, dann eine explosive Beschleunigung, und zwar in der Weise, daß Empfindungen fast unvermittelt Ziel- (resp. Bewegungs-) Vorstellungen und damit Handlungen auslösen. Alle hemmenden, im Spiele der Motive beruhenden Vorstellungen fallen demgemäß auf der Höhe des Zornaffektes aus. Das Ueberstürzte, geradezu Zweck- und Sinnlose der Zornhandlung gibt sich auch in den Ausdrucksbewegungen, insbesondere in dem Hervorstoßen abgerissener, unzusammenhängender Worte oder unartikulierter Schreie kund. Forensisch bedeutsam ist der partielle oder totale Erinnerungsdefekt für die Zornhandlung.

Die krankhafte reizbare Verstimmung bei normaler intellektueller Entwicklung finden wir vorwaltend bei den neurasthenisch-hypochondrischen, sowie bei den hysterischen Krankheitszuständen. Der Zornaffekt vermengt sich hier gelegentlich mit heftiger Angst. Aber auch beim Abklingen der maniakalischen Erregung oder im Beginn der Rekonvaleszenz der Amentia ist eine weinerlich-zornmütige Stimmung durchaus nicht selten. Wir begegnen ihr ferner im Verlaufe der senilen Involution.

Ein 80jähriger, hünenhaft entwickelter Mann wurde eines Tages in unsere Klinik verbracht, weil er in seinen unmotivierten Wutausbrüchen seine fast gleichaltrige Frau und 56jährige Tochter mit dem Stocke durchprügelte und Mobiliar zerschlug. Außer der in der greisenhaften Veränderung begründeten Einengung des geistigen Interessenkreises bot er keine intellektuellen Störungen dar, vor allem keinen Verlust der Merkfähigkeit oder wahnhafte Urteilsbildungen.

Die heftigsten Zornaffekte und die gewaltigsten Zornhandlungen bieten die Epileptiker entweder in den Dämmerzuständen oder auch außerhalb derselben (als Teilerscheinung der sog. epileptischen Charakter-

veränderung) dar (Furor epilepticus). Eine krankhafte Zornmütigkeit kann übrigens auch allen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinns (es sei nur noch der brutalen Zornhandlungen der chronischen Säufer Erwähnung getan) eigentümlich sein.

Die weitgehendsten Schwankungen hinsichtlich der Intensität und Qualität bieten die Sexualgefühle dar. Auf die exzessive Steigerung derselben bei den schweren Graden des Schwachsinns haben wir schon hingewiesen. Pathologisch gesteigerte sexuelle Erregbarkeit finden wir außerdem bei der hereditären Form der Neurasthenie (hier sehr häufig mit den verschiedensten Phobien kombiniert), bei der Hysterie (bei dieser überwiegt aber die Herabsetzung oder das völlige Fehlen der Sexualgefühle) und bei der Epilepsie. Krankhaften Perversionen der Sexualgefühle, im Sinne der konträren homosexuellen Veranlagung begegnen wir ebenfalls am häufigsten bei psychopathisch veranlagten Individuen entweder im Verein mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen und körperlichen Degenerationszeichen oder auch als ein isoliertes Merkmal psychischer Entwicklungsstörung. Bei jungen Männern (zwischen 18 und 25 Jahren), welche nicht nur schwere erbliche Belastung, sondern direkt auch die Zeichen erblicher Behaftung aufwiesen, sind wir mehrfach der Erscheinung begegnet, daß homosexuelle Neigungen und Antriebe nur im Alkoholrausche sich geltend machten, während im übrigen normale geschlechtliche Bedürfnisse vorhanden waren.

Eine pathologische Mischung von Wollust und Grausamkeit findet sich bei jener Störung des Geschlechtstriebes, die als Sadismus bezeichnet wird. Umgekehrt tritt beim Masochismus eine krankhafte Sucht hervor, die Wollustgefühle durch Erduldung körperlichen Schmerzes zu verstärken. Beide werden unter dem Begriff der Algolagnie („Schmerzgeilheit") durch v. Schrenck-Notzing zusammengefaßt. Der Exhibitionismus besteht darin, daß eine Steigerung der Sexualgefühle durch Entblößen und Vorzeigen des männlichen Gliedes Kindern oder weiblichen Personen gegenüber erstrebt wird. Unter Fetischismus versteht man die Verstärkung von geschlechtlichen Gefühlen durch das Beschauen oder Betasten einzelner Körperteile, Kleidungsstücke (Stiefel, Unterröcke, Hemden u. dgl.). Die Zopfabschneider, Kleideraufschlitzer gehören hierher. Höchstwahrscheinlich um Mischungen von sadistischen und fetischistischen Gefühlsantrieben handelt es sich bei den Leichenverstümmlern, Bauchaufschlitzern, Lustmördern usw.

Unter der großen Zahl von geschlechtlichen Delikten, welche eine psychiatrische Begutachtung des Täters unbedingt erfordern, sind noch die unzüchtigen Berührungen, z. B. Manustuprationen von Kindern beiderlei Geschlechts, zu nennen, welche so häufig von Schwachsinnigen (angeborener Schwachsinn, epileptischer Schwachsinn, Dementia paralytica, senile Demenz) begangen werden. Es muß übrigens hier beigefügt werden, daß alle geschlechtlichen Verirrungen (einschließlich der Sodomie) auch von Individuen begangen werden, bei denen irgendwelche Zeichen eines krankhaften Geisteszustandes durchaus nicht vorhanden sind. Man wird in solchen Fällen oft den Nachweis liefern können, daß ursprünglich ganz normale Geschlechtsgefühle und normale Geschlechtstätigkeit bestanden haben, und daß die Ausartung in der geschlechtlichen Sphäre erst späterhin beim Sinken der normalen Geschlechtsgefühle Platz gegriffen hat.

B. Die krankhafte Apathie, die Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit, tritt als allgemeine, die Intensität und Qualität der Gefühlstöne in gleichem Maße schädigende Störung bei der primären Denkhemmung (Stupor) mit oder ohne Dissoziation am reinsten hervor. Nur dann, wenn interkurrente Reizsymptome (Einfälle, Halluzinationen) auftreten, ändert sich vorübergehend das stumpfe, gleichgültige, teilnahmslose Verhalten der Kranken: ein flüchtiges Lächeln oder ein weinerlicher Ausdruck huscht über ihr Gesicht, aber auch heftige mimische und pantomimische Affektentladungen unterbrechen das gar nicht selten über Monate sich erstreckende Bild tiefster Apathie. Bei der einfach-melancholischen Verstimmung oder auch im Initialstadium schwerer Melancholien finden wir einen im wesentlichen auf der Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit beruhenden Zustand von Apathie. Die Patienten klagen darüber, daß sie weder Freude, noch Trauer, noch Zorn empfinden können. Mit Vorliebe sagen sie in Anlehnung an das Hauffsche Märchen, daß ihnen ein steinernes Herz eingesetzt sei. Die Verarmung an ästhetischen und

ethischen Gefühlsreaktionen tritt uns aber auch bei der Neurasthenie und Hypochondrie entgegen in der Form des Verlustes höherer geistiger und künstlerischer Interessen. Sie ist hier eine Begleiterscheinung der Erschwerung der komplizierteren intellektuellen Leistungen und steht meistens in einem schroffen Gegensatz zu der Reizbarkeit auf affektivem Gebiete gegenüber einfachen Sinnesempfindungen oder bei Weckung von Vorstellungen mit ausgeprägten egozentrischen Gefühlselementen.

Eine völlig andere Stellung besitzt die gemütliche Apathie beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Bei ersterem handelt es sich um eine mangelhafte Entwicklung des Gefühlslebens, welche mit der intellektuellen Entwicklungshemmung gleichen Schritt halten, dieselbe aber auch überflügeln kann (vgl. moralischen Schwachsinn). Das hervorstechendste Merkmal ist das einseitige Hervortreten der „niederen“ mit Organempfindungen zusammenhängenden Gefühlsregungen (Hungergefühle, Sexualgefühle usw.) bei gleichzeitigem Mangel aller ethisch-ästhetischer Gefühlsreaktionen. Ein den höheren Ständen angehöriger Schwachsinniger äschert ein Haus ein, um bei den Löschungsarbeiten ein Glas Wein zu erlangen!

Beim erworbenen Schwachsinn geht, wie uns besonders die progressive Paralyse lehrt, der Verlust der höherstehenden Gefühle mit dem Ausfall der intellektuellen Leistungen Hand in Hand. Hier läßt sich am klarsten erkennen, wie das Tun und Handeln des gesunden, intellektuell vollentwickelten Menschen im letzten Grunde von den komplizierten, abgeleiteten Gefühlsregungen, die wir als altruistische (sittliche, religiöse usw.) Gefühle bezeichnen, abhängig ist. Der Paralytiker, aber auch der an alkoholistischer, epileptischer, seniler Demenz leidende Kranke wird unanständig, schamlos, lügenhaft, begeht Diebstähle, Wechselfälschungen usw. In höheren Graden der Erkrankung tritt dann eine allgemeine Gefühlsverarmung und Gefühlsstumpfheit ein.

Mehr um eine Gefühlseinengung als um einen Gefühlsdefekt handelt es sich bei jenen Fällen mit chronischer Wahnbildung, bei welchen bestimmte, krankhafte Vorstellungskreise ausschließlich die geistigen Interessen repräsentieren und die ihnen zugehörigen egozentrischen Gefühlstöne die Handlungen der Kranken beherrschen. Beim Altersschwachsinn lassen sich die Uebergänge zwischen der Gefühlseinengung und der Gefühlsverarmung am schönsten verfolgen.

C. Die heitere Verstimmung (Hyperthymie) tritt uns als primäre Krankheitserscheinung am reinsten bei der Manie entgegen. Der leichteste Grad dieser Krankheit, die sog. maniakalische Exaltation, zeigt uns am anschaulichsten, daß positive (Lust- und Erregungs-) Gefühle sich allen intellektuellen Vorgängen, und zwar auch solchen, die unter normalen Verhältnissen nur eine geringe oder sogar negative Gefühlsbetonung haben, in erhöhtem Maße zugesellen. Es muß also eine krankhafte Abänderung des Gefühlszustandes vorliegen, welche unabhängig von der Qualität der Empfindungen und dem Vorstellungsinhalt sein kann und im wesentlichen nur beeinflußt wird von der Intensität der dem Bewußtsein zufließenden äußeren und inneren Reize. Die Frage ist bislang ungelöst, ob die mit der heiteren Verstimmung immer verbundene Steigerung der Ablaufsgeschwindigkeit der psychischen Prozesse, welche sich sowohl in den Ausdrucksbewegungen (einschließlich der Sprache), als auch in den Handlungen der Kranken offenbart, ein ursprüngliches Krankheitselement ist, oder ob sie nur eine Begleit- oder sogar Folgeerscheinung der psychischen Uebererregung darstellt.

Wir persönlich neigen im Hinblick auf die experimentelle Erzeugung von Lustgefühlen (durch Alkohol, Opium, Morphium, Cannabis indica usw.) zu der Ansicht, daß sowohl die heitere Verstimmung, als auch die nachher zu erörternde traurige Verstimmung primäre Krankheitsvorgänge sind, welche auf Störungen der biomechanischen und biochemischen Prozesse innerhalb der cortikalen Neurone zurückzuführen sind. Bei dem Versuche einer genaueren Formulierung dieser Störungen liegt uns die Hypothese am nächsten, daß bei diesen primären Hyperthymien durch Reize sowohl eine Steigerung der assimilatorischen als auch der dissimilatorischen Erregungen stattfindet, welche im Sinne der Ziehenschen Theorie eine Erhöhung der Entladungsbereitschaft herbeiführt. Sowohl konstitutionelle (ererbte) Prädisposition, als auch chronische Vergiftungen (Alkohol) können die Grundlage von periodischen gleichartigen oder alternierenden Störungen der Dynamik der cortikalen Neurone im vorstehenden Sinne werden.

Die gesteigerte Ablaufsgeschwindigkeit der Ideenassoziation entspringt entweder der gleichen Ursache wie die Steigerung der positiven Gefühlstöne: sie ist dann die notwendige Begleiterin der heiteren Verstimmung; oder sie ist die Folge der verstärkten und einseitig gerichteten Gefühlserregung: die Steigerung und Zersplitterung der Aufmerksamkeit, die beschleunigte Weckung und Verknüpfung von Vorstellungen und die erleichterte Auslösung motorischer Reaktionen sind stetige Begleiterscheinungen der heiteren Exaltation.

Wie sich im einzelnen die primäre heitere Exaltation in dem Reden und Tun der Kranken kundgibt, inwieweit auch ihr Vorstellungsinhalt durch die Gefühlsstörung bestimmt wird, wird aus der Schilderung der Manie hervorgehen. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß zur heiteren Verstimmung der Manie sich Zornaffekte hinzugesellen.

Fast alle akuten und chronischen Geisteskrankheiten können episodisch das Symptom der heiteren Verstimmung in verschiedenartiger Ausprägung und wechselnder, mannigfacher Mischung mit den Gefühlselementen der reizbaren Verstimmung darbieten. Es kann so zu höchst zusammengesetzten und schwer zu analysierenden Gefühlszuständen kommen. Wir verweisen besonders auf die Erregungszustände im Verlauf der juvenilen Verblödungsprozesse, sowie auf die toxischen Psychosen. Die heitere Exaltation des Paralytikers kann insofern mit derjenigen der wirklichen Manie verwechselt werden, als in beiden ganz wesentlich dem Komplex der Ich-Vorstellung die gesteigerte Gefühlsbetonung anhaftet. Das gehobene Selbstgefühl des Paralytikers (die Euphorie) steigert sich zu maßloser Ueberschätzung der eigenen körperlichen und geistigen Kräfte und wird so zur Grundlage schwachsinniger Größenwahnvorstellungen.

Die sekundäre heitere Exaltation (Ziehen), bei welcher Halluzinationen und Wahnideen heiteren Inhalts die Stimmungsanomalie verursachen, findet sich vornehmlich bei den akuten und chronischen paranoischen Zuständen.

D. Die traurige Verstimmung (Dysthymie). Sie wird dadurch gekennzeichnet, daß alle Empfindungsreize und alle Vorstellungen von intensiven Unlustgefühlen begleitet sind. Daneben spielen bei den protrahierten „depressiven" Gefühlszuständen der Melancholie zweifellos Hemmungs- und Spannungsgefühle eine große Rolle. Der Ausgangspunkt der traurigen Verstimmung ist sehr häufig in schmerzlichen, gemütserschütternden Anlässen (Tod eines geliebten Familiengliedes, enttäuschte Hoffnungen, Geldverluste usw.) gelegen, und kann die Grenzlinie zwischen physiologischer Traurigkeit, Kummer, Sorge und pathologischer Gemütsdepression im einzelnen Falle recht schwierig zu finden sein. Im allgemeinen ist die traurige Verstimmung dann als krankhaft zu betrach-

ten, wenn ein grelles Mißverhältnis zwischen den gemütlichen Anstößen und der Schwere, resp. Dauer der gemütlichen Depression besteht. Außerdem ist maßgebend der Einfluß, welchen die Stimmungsanomalie auf die Gesamtheit der psychischen Vorgänge, einschließlich der Handlungen, und auf den körperlichen Zustand gewinnt. Am reinsten tritt uns der pathologische Charakter der traurigen Verstimmung in den Fällen entgegen, in welchen sie ohne jeglichen Zusammenhang mit bestimmten äußeren Anlässen entsteht (z. B. bei den periodischen Melancholien oder bei der melancholischen Phase der zirkulären Geistesstörung).

Eine fast regelmäßige Folgeerscheinung der gemütlichen Depression ist die Erschwerung des Vorstellungsablaufs. In leichteren Graden finden wir nur ein Haften an bestimmten, mit den auslösenden traurigen Anlässen inhaltlich zusammenhängenden Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen. Es ist eine Art traurigen Zwangsdenkens, indem die gleichen mit starken negativen Gefühlstönen erfüllten Erinnerungsbilder immer wieder auftauchen. In schwereren Fällen ist die Denkhemmung vollständiger: die Patienten sind außerstande, selbst einfachste Denkoperationen auszuführen. In erster Linie sind die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit der Kranken in auffälliger Weise geschädigt. Die Patienten zeigen ein stumpfes Hinbrüten, ganz ähnlich wie bei den primären stuporösen Krankheitszuständen. Der pathologische Gefühlszustand wird dann nur erschlossen aus bestimmten affektiven (mimischen und pantomimischen) Reaktionen.

Die genetischen Beziehungen zwischen der Denkhemmung und der traurigen Verstimmung sind die gleichen wie bei der heiteren Exaltation. So muß bei sehr vielen Fällen unentschieden bleiben, ob das Ueberwiegen krankhafter negativer Gefühlselemente das Ursprüngliche und Ausschlaggebende und die Denkhemmung nur eine Folgeerscheinung ist, oder ob es sich hier um gleichgeordnete, derselben Ursache entspringende Krankheitsvorgänge handelt. In anderen, nur rudimentär entwickelten Fällen melancholischer Verstimmung (vgl. die Apathie), bei welchen weniger eine ausgeprägte traurige Verstimmung, als ein Nachlassen der gemütlichen Anspruchsfähigkeit vorliegt, ist die Denkhemmung sicher als eine der Affektstörnng gleichgeordnete Krankheitserscheinung aufzufassen. Ganz wesentlich werden die auf dem Boden der gemütlichen Depression entstandenen Krankheitsbilder bestimmt durch die besondere Art der motorischen Reaktion. Der krankhafte Gefühlszustand wirkt bald hemmend, bald erregend auf das motorische Verhalten. Wir unterscheiden hier:

a) Die einfache motorische Hemmung, bei welcher neben dem Ausfall der Mehrzahl oder aller psychomotorischer Impulse (Willenshandlungen und impulsive Affekthandlungen) eine vollständige Lösung der Körpermuskulatur vorhanden ist, und

b) die motorische Hemmung mit Spannungszuständen der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur, die man früherhin als „Attonität" und neuerdings als katatonische Zustandsform der Melancholie bezeichnet hat.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Gestaltung der Krankheitsbilder und für die besondere Art und den Grad der motorischen Affektreaktionen ist das Auftreten der negativen Affektschwankung, der Angst. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß sie mit weittragenden psychischen und somatischen Folgewirkungen verbunden ist, welche ihrerseits wiederum zu den mannigfaltigsten, individuell ver-

schiedenartigen, intensiven, quälenden Organempfindungen und Organgefühlen Veranlassung sind. Die durch die Angst bedingten Hemmungen der Ideenassoziation verstärken pathologische Spannungsgefühle, die in das Kopfinnere lokalisiert werden, während die Einwirkungen auf die motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Innervationsvorgänge nicht nur die Intensität der Angst infolge dieser neuen „sekundären“ Gefühlserregungen im allgemeinen steigern, sondern auch ihre besondere Lokalisation in einzelnen Körpergebieten vorwaltend bestimmen. Die häufigste Form ist die Präkordialangst, die mit eigentümlichem Druckgefühl in der Herzgegend verbunden ist. Oppressionsgefühle, die auf den ganzen Thorax sich verteilen („Ich kann kaum Luft holen, so angst ist mir“), schließen sich an die Präkordialangst gelegentlich an und täuschen so dem Unkundigen Asthmaanfälle vor. Andere Lokalisationen der Angst sind die Kopfangst (die vorerwähnten Spannungsgefühle + vaskuläre Empfindungen, resp. Gefühle), die Bauchangst (am häufigsten in der Magengegend), die Knieangst usw. Je nach dem Grade und dem Verlaufe des Angstaffektes unterscheiden wir Angstgefühle, d. i. längerdauernde und leichtere Angstzustände, und Angstanfälle im engeren Sinne. Während bei ersteren die affektiven cortiko-fugalen Erregungsentladungen überwiegen (qualvolle motorische Unruhe, Reibebewegungen mit den Händen, kratzende Bewegungen mit den Fingerkuppen), sind die letzteren in völlig unberechenbarer Weise bald von weit verbreiteten Erregungsentladungen (Angstzittern, choreiformen Angstbewegungen, inkohärenter motorischer Jaktation, Angstschweißen, ausgedehntem peripherem Gefäßkrampf usw.), bald von schweren Hemmungsentladungen (Angststupor) begleitet. Die agitierte Angst ist außerdem mit den lebhaftesten Ausdrucksbewegungen (lautem Schreien, heftigem Gestikulieren, wälzenden Bewegungen des Körpers, Strampelbewegungen der Beine usw.) verknüpft.

Wir finden die primäre Depression nicht nur als ursprüngliches und ausschlaggebendes Symptom der Melancholie, sondern auch als mehr oder weniger scharf ausgeprägte Krankheitserscheinung von wechselnder Dauer im Beginne und im Verlaufe anderer Geistesstörungen. Sie stellt z. B. bei der Dementia paralytica oder bei der Hebephrenie oder endlich bei der senilen Involution die ersten Zeichen des sich langsam, gleichsam unter der Decke vollziehenden geistigen Verfalles dar. Einen bestimmten, vielfach geradezu gesetzmäßigen Wechsel zwischen trauriger und heiterer Verstimmung zeigen die im speziellen Teile genauer geschilderten Krankheitsfälle der zirkulären Psychose.

Der Angstaffekt entsteht durchaus nicht ausschließlich auf dem Boden der traurigen Verstimmung, sondern kann, wie wir schon gesehen haben, fast ebenso häufig mit der reizbaren Verstimmung bei den neurasthenisch-hypochondrischen und hysterischen Krankheitszuständen verbunden sein. Anfällen agitierter Angst begegnen wir verhältnismäßig häufig bei den alkoholistischen und epileptischen Psychosen. Der Angstaffekt tritt aber auch als relativ selbständige Krankheitserscheinung mit den weittragendsten körperlichen und psychischen Folgewirkungen bei den sog. Angst- und Schreckpsychosen infolge schwerer, shockartig wirkender Gemütserregungen auf. Aber auch organische Erkrankungen, unter denen in erster Linie die Erkrankungen des Herzens und der Gefäße zu nennen sind, können ohne jede psychische Veränderung schwere Angstzustände

wachrufen. Es sei hier nur an die Angstanfälle der wahren Angina pectoris erinnert.

Sekundäre Depression, resp. sekundäre Angst wird durch das zwangsweise Auftauchen von Furchtvorstellungen, welche an bestimmte Empfindungen, resp. Erinnerungsbilder geknüpft sind (Phobien)[1]), und durch Wahnideen im engeren Sinne ausgelöst. Nicht zu verwechseln ist diese Art von Wahnbildung, bei welcher die psychische Depression und die Angst ihr gleichsam nachhinkt, mit der S. 36 erwähnten erklärenden Wahnbildung, bei welcher primäre Depression und Angst zu bestimmten, wahnhaften Erklärungsversuchen des krankhaften Gefühlszustandes die Veranlassung gegeben haben. Die melancholische Angstvorstellung und in gleicher Weise auch die einfache hypochondrische Wahnvorstellung (bei reizbar-ängstlicher Verstimmung) kennzeichnen sich dadurch, daß die wahnhafte Urteilsbildung sich ausschließlich auf den körperlichen und geistigen Zustand, auf die sittliche Qualifikation, Vermögensverhältnisse u. dgl. der eigenen Persönlichkeit bezieht (Kleinheits-, Verarmungs-, Versündigungswahn), während bei der primären Wahnbildung von Anfang an wahnhafte Urteilsfälschungen (Beziehungswahnvorstellungen) in dem Sinne gebildet werden, daß die Ursachen für diese Veränderung der Persönlichkeit und der Lebensverhältnisse immer in Vorgängen der Außenwelt gesucht und gefunden werden. Es führt dies zu den früher erwähnten Beeinflussungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen. Der sog. Beschuldigungswahn, d. i. der Wahn, fälschlich eines Verbrechens geziehen zu werden oder wegen eines vermeintlichen Verbrechens verklagt zu sein („Ich höre schon den grünen Wagen kommen, welcher mich nach dem Gefängnis führen soll"), steht sozusagen in der Mitte zwischen primärer und sekundärer (erklärender) Wahnbildung, indem wir ihn sowohl bei primärem Verfolgungswahn, als auch als abgeleitete Wahnvorstellung bei der Melancholie vorfinden. Das gleiche gilt von den Vergiftungsideen, welche der Hypochonder aus einfachen hypochondrischen Wahnvorstellungen ableitet (die hypochondrische Paranoia von C. Westphal).

Bei psychopathisch prädisponierten Individuen treten auch ganz außer Zusammenhang mit bestimmten intellektuellen Prozessen, und ohne daß ein krankhafter Gefühlzustand zu gleicher Zeit besteht, plötzliche und kurzdauernde Affekterregungen ein, welche dem Kranken als fremdartige, geradezu aufgezwungene Gefühlsvorgänge erscheinen. Diese „Zwangsaffekte" sind recht häufig der Ausgangspunkt von Zwangshandlungen.

IV. Störungen des Handelns.

Da alle psychischen Vorgänge beim gesunden und kranken Menschen von uns nur aus seinen motorischen Reaktionen erschlossen werden können, so wird bei der Erforschung der Geistes-

[1]) Bei den von L. Meyer zuerst beschriebenen Intentionspsychosen liegt der Fall vor, daß die einzelnen Glieder einer assoziativ eng verknüpften Reihe von Erinnerungsbildern, welche ein bestimmtes, gemütserschütterndes Erlebnis zum Inhalt haben, jedes für sich, eine abnorm starke negative Gefühlsbetonung im Sinne der Angst besitzen. Es werden dann in der Folge die heftigsten Angstzustände mit den weitgehendsten somatischen Folgewirkungen herbeigeführt, wenn nur ein einzelnes Glied dieser Erinnerungsreihe dabei ganz außer Zusammenhang mit dem früheren Erlebnisse durch eine Sinnesempfindung geweckt wird.

störungen ihrem Studium die größte Bedeutung zuerkannt werden müssen. Wir unterscheiden hier die sog. Willenshandlungen, welche durch die Zielvorstellung einer bezweckten Bewegung ausgelöst werden, von den Ausdrucksbewegungen (mimische und pantomimische Bewegungen), welche im wesentlichen durch die Intensität und Qualität der Gefühle bestimmt werden.

Willensstörungen im Sinne der alten Psychiatrie, welche auf der Annahme einer eigenen „Willenssphäre" aufgebaut war, gibt es nicht. Störungen der Willenshandlungen werden verursacht durch alle bislang erörterten krankhaften Vorgänge auf dem Gebiete der Empfindungen, der Vorstellungsbildung, der Ideenassoziation und der Gefühlsvorgänge. Werden durch die verschiedenartigsten krankhaften Vorgänge Handlungen in gesteigertem Maße und in beschleunigtem Tempo ausgelöst, so sprechen wir von motorischer Agitation und umgekehrt von krankhafter Willensschwäche (Abulie) und von motorischem Stupor, wenn der motorischen Entladung durch psychische Krankheitszustände weitgehende Hemmungen entgegengesetzt werden. Als tobsüchtige Erregung bezeichnet man die heftigsten Grade motorischer Agitation, welche aus den verschiedensten Ursachen und im Verlaufe der verschiedensten klinischen Krankheitsformen (Manie, Amentia, einschließlich der Dämmerzustände, Paranoia, Hebephrenie, progressive Paralyse usw.) vornehmlich unter dem Einfluß heftiger Affekterregungen zustandekommen. Da die Störungen der Handlungen, einschließlich der Ausdrucksbewegungen, die hauptsächlichsten und sinnenfälligsten Merkmale jeder geistigen Veränderung sind, so werden sie bei der Darstellung jeder einzelnen klinischen Krankheitsform eine eingehende Betrachtung finden. An dieser Stelle kann nur eine kurze Uebersicht gegeben werden über die psychopathologischen Grundlagen und die allgemeinen Merkmale der psychomotorischen Krankheitserscheinungen. Ein pathologischer Einfluß der Empfindungen im Sinne einer Bahnung oder Hemmung motorischer Entladungen wird im wesentlichen durch Schwankungen der Empfindungsintensität und durch die Qualität und Intensität der begleitenden Gefühle verursacht. Im allgemeinen kann man sagen, daß mäßige Steigerungen der Empfindungsintensität und positiv gerichtete Gefühle eine erleichterte und beschleunigte Auslösung von Handlungen bewirken, während intensivste und mit starken negativen Gefühlen behaftete Empfindungen eher einen hemmenden Einfluß ausüben. Die reaktiven Handlungen, welche auf diesem Wege zustandekommen, sind als pathologisch gesteigerte Abwehrbewegungen (Meynert) aufzufassen. Doch ist nicht zu verkennen, daß auch verstärkte Ausdrucksbewegungen, welche durch pathologisch gesteigerte Gefühlstöne der Empfindungen verursacht sind, diesen Reaktivbewegungen beigesellt sind. Die Illusionen und Halluzinationen sind ganz besonders geeignet, Reaktiv- und Ausdrucksbewegungen in gesteigertem und beschleunigtem Maße zu bewirken. Doch sind hier an den pathologischen Bewegungsäußerungen auch Initiativ- (Angriffs-) Bewegungen (Meynert, Wernicke) in hohem Maße, und zwar vorwaltend durch die inhaltliche Bedeutung der Halluzinationen, resp. Illusionen, mit beteiligt.

Unter den hauptsächlich durch den pathologischen Gefühlszustand bedingten motorischen Agitationen steht die Manie obenan. Hier bringen die pathologisch gesteigerten Lust- und Erregungsgefühle ein buntes und stets wechselndes Bild mimischer und pantomimischer (gestikulatorischer) Entladungen und eine durch Reime und Alliteration ausgezeichnete Logorrhoe hervor. Bei den geringeren und mittleren

Graden maniakalischer Exaltation, bei welchen der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen ganz oder in größeren Bruchstücken noch erhalten ist, findet außerdem noch eine beschleunigte und vermehrte Auslösung von Initiativbewegungen statt, welche zu einer scheinbar noch folgerichtigen, jedoch in ihren Motiven und Zwecken unsinnigen Handlungsweise führen. Bei stärkerer Ausbildung der heiteren Erregung bedingen bunt zusammengewürfelte Zielvorstellungen ein überstürztes, widerspruchsvolles, geradezu triebartiges Handeln. — Affektiv bedingte motorische Hemmung, welche ebensowohl aus den negativen Gefühlstönen. als auch aus der Verlangsamung und Erschwerung des Vorstellungsablaufes hergeleitet werden kann, ist der melancholischen Verstimmung eigentümlich. Die Angstaffekte wirken, wie wir früher gesehen haben, bald hemmend, bald bahnend auf die Auslösung von Handlungen ein. Im letzteren Falle bestehen sie entweder aus den einfachen motorischen Affektentladungen oder aus komplizierten Bewegungsäußerungen, welche ihren prägnantesten Ausdruck in den so häufigen Selbstmordversuchen der Kranken finden. Von besonderen Formen der Angsthandlungen sei hier nur der Drang nach Betäubung durch alkoholische Getränke, sowie — fast ausschließlich bei weiblichen Patienten — die maß- und schamlose Masturbation erwähnt. Bei den explosiven, gewalttätigen Angsthandlungen (z. B. Tötung der eigenen Kinder) handelt es sich meist um eine merkwürdige Mischung von Angst- und Zornaffekten. Die Angstbewegungen treten in der Regel anfallsweise auf. In der Zwischenzeit befindet sich die Körpermuskulatur in einem abnormen Spannungszustande. Die Patienten verharren regungslos in den verschiedenartigsten Zwangshaltungen, sind entweder völlig mutistisch oder stoßen abgerissene Jammerlaute oder Klageworte aus. Die Augen sind weit geöffnet, auf der Stirne findet sich tiefe horizontale, an der Nasenwurzel senkrechte Furchung; nur selten kommt es zu wirklicher Tränensekretion. Auf die mächtige motorische Tendenz des Zorns haben wir schon aufmerksam gemacht. Bei der tobsüchtigen Erregung werden Zornhandlungen niemals vermißt.

Bei der Mehrzahl der akut einsetzenden Psychosen, welche mit einer primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs verbunden sind (z. B. Amentia), ist die hochgradige motorische Agitation Teilerscheinung der pathologisch gesteigerten Erregbarkeit der gesamten psychischen Vorgänge, obgleich auch hier der Gefühlston und der Inhalt der Halluzinationen für die besondere Ausprägung der Bewegungsäußerungen von Bedeutung ist.

Ebenso gibt die primäre Dissoziation, sei es, daß sie mit Erregung oder mit Hemmung des Vorstellungsablaufes verknüpft ist, den Bewegungsäußerungen der Kranken ein besonderes Gepräge.

Die Jaktation der Vorstellungen ist durchweg mit einer Steigerung des Mienen- und Gebärdenspiels (exzessives Grimassieren und Gestikulieren) und mit einem allgemeinen Drang nach motorischer Betätigung verbunden, der auf der Höhe der Erregung zu den mannigfachsten, oft geradezu gewaltsamen und monoton wiederholten Bewegungskombinationen (Lauf-, Roll-, Kletter-, Schlagbewegungen usw.) führt oder sich in einem blinden Zerstörungsdrange äußert. Die ausgeprägtesten Zustände inkohärenter motorischer Jaktation bieten die Erregungsphasen der progressiven Paralyse dar. — Umgekehrt werden wir bei den primären Denkhemmungen den weitgehendsten Ausschaltungen motorischer Entladungen begegnen. Das früher erwähnte Zustandsbild des primären Stupors, welches sich aus der Hemmung der gesamten cortikalen (einschließlich der cortikomotorischen) Funktionen ergibt, setzt sich aus einer mehr oder weniger vollständigen Aufhebung der Merkfähigkeit, Stillstand des Vorstellungsablaufes, Wegfall der Reaktiv- und Initiativbewegungen (Ausdrucks- und Willkürbewegungen) zusammen. Bei vollentwickeltem Stupor fehlt jeglicher sprachliche Ausdruck (Mutismus).

Von besonderer Bedeutsamkeit ist das Verhalten der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur bei dem katatonischen Symptomenkomplex; hier finden sich eigenartige Verknüpfungen zwischen Hemmungs- und Erregungsentladungen auf motorischem Gebiete. Sie geben uns für die klinische Stellung und für die Prognose des einzelnen Krankheitsfalles wichtige Fingerzeige. Seltener ist während des ganzen Bestehens dieses Krankheitszustandes ein völliges Erschlaffen der gesamten Körpermuskulatur und fast ebenso selten eine sich gleichmäßig auf alle Muskelgebiete erstreckende katatonische

Spannung vorhanden. Vielmehr finden wir in der Mehrzahl der Beobachtungen nur einzelne Muskelgebiete — Kiefer-, Nacken-, Halsmuskulatur stehen in erster Linie — in einem abnormen Spannungszustande, der zu einer charakteristischen, gezwungenen Kopfhaltung führt (Haltungsstereotypien). Die Augen sind entweder weit geöffnet, der Blick starr und ausdruckslos, oder die Lider sind fest geschlossen. Passiven Bewegungen wird ein starker Widerstand entgegengesetzt. Jeder Versuch, irgend eine Zwangshaltung zu beseitigen, verstärkt die Muskelspannung (Negativismus). Der Widerstand gegen alle von außen kommenden Bewegungsantriebe wird um so stärker, je länger solche Bemühungen fortgesetzt werden. So kneifen z. B. die Patienten bei dem Versuche, die geschlossenen Lider zu öffnen, sie nur um so fester zusammen, ebenso pressen sie die Kiefer um so kräftiger aufeinander, je mehr man sich bemüht, den Mund gewaltsam zu öffnen. Der Kopf wird nach rückwärts geschleudert und das Hinterhaupt in die Kissen gebohrt, sobald man versucht, die Nackenspannung durch Vorwärtsbeugung des Kopfes zu beseitigen usw. Gelingt es endlich, die Widerstände zu überwinden, so tritt die frühere Zwangshaltung nach kürzester Frist wieder ein. Schmerzhafte Hautreize, lautes Anschreien sind entweder völlig wirkungslos oder führen nur ganz abortive Abwehrbewegungen herbei.

Bei der wächsernen Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), welche eine häufige Begleiterscheinung hystero-kataleptischer Krankheitszustände ist, ist die Spannung der Körpermuskulatur bedeutend geringer als bei der katatonischen Spannung, und ist der Widerstand bei passiven Bewegungen kaum merklich. Das Wesentliche dieses bald allgemein verbreiteten, bald partiellen Spannungszustandes besteht darin, daß jede beliebige Stellung, welche einem kataleptischen Gliede durch passive Bewegungen gegeben wurde, kürzere oder längere Zeit, angeblich bis zu mehreren Stunden, für jeden Fall aber länger beibehalten wird, als dies im normalen Zustande wegen der Einwirkung der Ermüdungsempfindungen geschehen würde. Auf diesem Wege können ganz ungewöhnliche oder unnatürliche Gliederstellungen erzeugt werden. Die Fähigkeit zur willkürlichen Innervation der Körpermuskulatur ist dabei aufgehoben. Aber auch im katatonischen Symptomenkomplex werden die Erscheinungen der Flexibilitas cerea nicht selten beobachtet; sie gewinnen hier gelegentlich ein eigenartiges Gepräge: die Patienten geben passiven Bewegungsversuchen der Glieder, des Rumpfes und des Kopfes willig nach; sie unterstützen sie sogar durch aktive Innervationen, wodurch die passiv eingeleitete Gliederstellung leichte Abänderungen erfährt. Auch diese neuen, künstlich herbeigeführten Zwangsstellungen werden längere Zeit festgehalten.

Eigentümliche motorische Reizerscheinungen, welche sich gleichsam zwischen die genannten katatonischen Spannungszustände hineinschieben, sind die Bewegungsstereotypien, d. h. monotone, zum Teil rhythmische Wiederholungen bestimmter Bewegungen einfacher und zusammengesetzter Art (rüssel- und schnauzenförmige Vorstülpungen der Lippenmuskulatur mit oder ohne fauchende und schmatzende Laute, pendelnde, drehende oder wippende Bewegungen des Kopfes und des Rumpfes, trommelartige Schlagbewegungen mit den Vorderarmen, Exerzierbewegungen usw.). Da von den Kranken selbst irgendeine klare Auskunft über die hier zugrunde liegenden psychischen Vorgänge fast niemals zu erhalten ist, so muß unentschieden bleiben, inwieweit diese motorischen Stereotypien psychomotorische oder cortikomotorische Reizerscheinungen im engeren Sinne sind, d. h. ob sie mit bestimmten Vorstellungsinhalten zusammenhängen. Für das früher (S. 21) erwähnte Symptom der Verbigeration, welches sich dem katatonischen Symptomenkomplex so häufig hinzugesellt, gilt die gleiche Erwägung; hier gewinnt man nur zu oft

den Eindruck, daß die monotone und zugleich beschleunigte Wiederholung von Worten nur auf Erregungsvorgängen im motorischen Sprachzentrum beruht. Die Erregungsphase der Katatoniker kennzeichnet sich auf sprachlichem Gebiete gelegentlich auch durch die Produktion ganz unverständlicher, durch sinnlose Wort- und Silbengruppierungen ausgezeichneter Satzbildungen, in welchen Reime und Alliterationen vielfach verwandt werden („Sprachverwirrtheit", Kraepelin; „Wortsalat", Forel). Hauptsächlich bei den erworbenen geistigen Schwächezuständen, aber auch bei dem sog. Delirium tremens begegnen wir Bewegungsstereotypien, welche in einer vom Vorstellungsinhalte ganz unbeeinflußten einförmigen Wiederholung, sog. Berufsbewegungen (z. B. Ziehen des Pechdrahtes beim Schuster, Nähbewegungen usw.) bestehen. Ueber die klinischen Varietäten der Bewegungsstereotypien vgl. die spezielle Psychiatrie.

In einem gewissen Gegensatz zum Negativismus steht die motorische Perseveration, d. i. die monotone Erneuerung und Wiederholung einer Bewegung, gleichviel ob diese Bewegung zuerst spontan oder auf Befehl erfolgt ist (z. B. zeigt der Patient immer wieder von neuem seine Zunge, auch wenn ganz andere Bewegungen von ihm verlangt werden, oder knöpft unaufhörlich seine Jacke auf und zu, nachdem er mühselig zum Ankleiden gebracht worden ist).

Diesem vorstehend geschilderten katatonischen Symptomenkomplex begegnen wir hauptsächlich bei jugendlichen Patienten, und ist er bei voller Ausbildung meist, aber nicht immer (vgl. das Beispiel auf S. 59) als ein prognostisch ungünstiges Krankheitsmerkmal aufzufassen (vgl. Hebephrenie und Katatonie der speziellen Psychiatrie). Einzelne Teile des katatonischen Symptomenkomplexes finden sich häufig den verschiedensten Psychosen beigemengt, ohne daß aus ihrem Auftreten ein bestimmter prognostischer Schluß zu ziehen ist. Insbesondere ist es nicht zulässig, allein aus der katatonischen Muskelspannung (z. B. bei der Melancholie) oder aus dem vorübergehenden Auftreten von Mutismus oder Haltungsstereotypien zu folgern, daß der Kranke unausweichlich dem geistigen Verfall geweiht sei. Wir finden eine Beimengung vereinzelter katatonischer Krankheitserscheinungen zu psychischen Krankheitsbildern besonders oft bei denjenigen Geisteskrankheiten, die auf dem Boden der erblichen Prädisposition als einmalige, in ihrem Krankheitsverlauf abgeschlossene oder als periodische, resp. zyklische Formen vorkommen (z. B. degenerative Psychosen).

Streng zu trennen sind diese Bewegungsstereotypien des katatonischen Symptomenkomplexes von der sog. motorischen Inkohärenz, welcher wir bei der primären und sekundären Inkohärenz des Vorstellungsablaufes in besonders auffälliger Weise begegnen, wenn diese mit schweren Erregungserscheinungen einhergeht (agitierte Verwirrtheit). Den Handlungen der Kranken fehlt die normale Motivierung und der innere Zusammenhang. In den höheren Graden agitierter Verwirrtheit sind die Handlungen der Kranken geradezu widersinnig; anscheinend werden an regellos auftauchende, isolierte Erinnerungsbilder und Fragmente von Erinnerungsreihen Bewegungsäußerungen angeknüpft, welche in keiner Beziehung zu jenen stehen (Parapraxien). Auf sprachlichem Gebiete führt dies zu paraphasischen und paragraphischen Störungen. Auch die Koordination bei kombinierten Bewegungen ist schließlich hochgradig geschädigt (taumelnder Gang, choreiforme Bewegungen der Extremitäten). Das Bild wird noch

verwirrender durch zahlreiche, ungeordnete, zusammenhanglose Ausdrucksbewegungen. Die agitierte Verwirrtheit, verbunden mit inkohärenter halluzinatorischer Erregung ist früherhin vielfach als Chorea magna bezeichnet worden. Eine geradezu verhängnisvolle Bedeutung besitzt die inkohärente Agitation (in höchsten Graden auch als Jaktation bezeichnet) in jenen Zustandsbildern, welche in erster Linie bei den Intoxikations-, resp. Infektionspsychosen vorkommen, und denen früherhin fälschlich als Delirium acutum eine gesonderte klinische Stellung eingeräumt worden ist. Diese meistens tödlich endigenden Krankheitszustände zeichnen sich aus durch hochgradigste motorische Erregung, allgemeine Dissoziation und Temperatursteigerungen bis zu 42° C.

Impulsive Handlungen werden diejenigen genannt, welche auf einer vorübergehenden psychomotorischen Ueberwertigkeit (Ziehen) beruhen, dem Kranken sich plötzlich und zwangsweise aufdrängen und zu einfachen und zusammengesetzten Bewegungsäußerungen Veranlassung sind. Sind sie durch unvermittelt auftauchende Affekterregungen (Zorn, Angst, exzessive Sexualgefühle) verursacht, so nennen wir sie impulsive Affekthandlungen (Triebhandlungen; Kraepelin). Verleihen plötzlich emportauchende Zwangsvorstellungen oder wahnhafte Einfälle bestimmten Bewegungsvorstellungen diese abnorme Energie, die zur unaufhaltsamen motorischen Entladung zwingt, so sprechen wir von impulsiven Zwangshandlungen und impulsiven Wahnhandlungen. Von den impulsiven Zwangshandlungen sind diejenigen Zwangshandlungen zu trennen, bei welchen Zwangsvorstellungen (meist Furchtvorstellungen) die Patienten unaufhörlich zur Ausführung bestimmter, in der Mehrzahl der Fälle sehr zusammengesetzter Handlungen drängen. So treibt z. B. die Zwangsvorstellung, an den Händen oder an den Kleidern hafte Schmutz oder, im modernen Gewande, Tuberkel- und andere Bazillen, zu beständigen Waschungen der Hände und Reinigungen der Kleider. Auf die entscheidende Bedeutung, welche imperative Halluzinationen für die Auslösung impulsiver Handlungen gewinnen können, haben wir früher schon hingewiesen. Wandertrieb („Fugues“; Poriomanie) findet sich bei den verschiedensten psychopathologischen Vorgängen; meist sind es Angstaffekte in Dämmerzuständen (Epilepsie und Hysterie); aber auch ohne nachweisbare Bewußtseinsveränderungen tritt dieser affektive Wandertrieb nicht nur beim angeborenen Schwachsinn, sondern auch bei intellektuell sehr gut entwickelten Hereditariern in Erscheinung. Im letzteren Falle verbindet er sich gern mit einem krankhaften Drange nach alkoholischen Getränken (Dipsomanie). Bei anderen Kranken läßt sich der Nachweis führen, daß wahnhafte Einfälle das triebartige Fortlaufen und Herumreisen verursacht hatten.

Auf ähnlichen Grundlagen beruht der Stehltrieb (Kleptomanie) und der Brandstiftungstrieb (Pyromanie). Doch ist wohl zu beachten, daß aus der motivlosen, durch psychologische Erwägungen nicht genügend aufzuklärenden Handlung allein ein Schluß auf das Bestehen einer geistigen Störung nicht gezogen werden kann; es muß in jedem einzelnen Falle bewiesen werden, daß wirklich krankhafte impulsive Handlungen vorliegen, welche bestimmten, klinisch nachweisbaren Psychosen zugehören. Soweit die S. 29 erwähnte Koprolalie eine den degenerativen Formen der Hysterie oder dem ebenfalls auf erblich-degenerativer Basis entstandenen Krankheitsbilde der Maladie des tics zugehörige Krankheitserscheinung ist,

bildet sie den Uebergang zu den koordinierten Zwangsbewegungen (Grimassieren usw.). Sie verbindet sich vielfach mit dem Symptom der Echokinese oder Echopraxie, d. i. dem zwangsweisen Nachahmen gesehener Bewegungen, und der Echolalie, d. i. dem Nachsprechen gehörter Worte.

Von Nachahmungsautomatie spricht man in dem Falle, daß vorgemachte Bewegungen, z. B. Händeklatschen, in monotoner Weise längere Zeit hindurch wiederholt werden. Wir begegnen diesem Krankheitssymptome vornehmlich beim angeborenen oder im jugendlichen Alter erworbenen Schwachsinn, vereinzelt und vorübergehend bei Paralytikern, epileptischen und alkoholistischen Psychosen.

Ueber die auf dem Boden pathologischer Sexualgefühle entstehenden impulsiven Affekthandlungen vgl. S. 42.

Auf die mannigfachen Störungen des Handelns, welche durch die inhaltlichen Veränderungen der Denktätigkeit, sowie auf dem Boden der Urteilsschwäche entstehen, können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Wir verweisen auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie.

V. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Geistesstörungen.

Sie bestehen in Störungen der Ernährung und des Stoffwechsels, der Motilität und Sensibilität, soweit diese nicht direkt aus den psychischen Störungen abgeleitet werden können, in Störungen der oberflächlichen und tiefen Reflexe, einschließlich der Sehnenphänomene und der Pupillarreflexe, sowie in sekretorischen, angio- und trophoneurotischen Störungen.

Die allgemeinen Ernährungsstörungen sind in der Hauptsache als Nebenwirkungen der psychischen Erkrankung aufzufassen.

Ohne diese Störungen im einzelnen hier behandeln zu wollen, soll nur darauf hingewiesen werden, daß das Verhalten des Körpergewichts bei allen akuten Psychosen nicht bloß für die Bestimmung des Krankheitsstadiums, sondern auch für die viel wichtigere Frage der Prognose des Krankheitsfalles von maßgebender Bedeutung sein kann. In der Regel sinkt das Körpergewicht andauernd, bis die Höhe der Krankheit überwunden ist; die ersten Zeichen der Besserung machen sich recht häufig durch eine Gewichtszunahme schon zu einer Zeit bemerkbar, zu welcher ein Nachlassen der psychischen Krankheitserscheinungen noch nicht deutlich hervortritt. In der Rekonvaleszenzperiode findet dann ein rapides Steigen des Körpergewichts statt. Steigt aber das Körpergewicht andauernd und in beträchtlichem Maße, ohne daß eine Besserung des geistigen Zustandes mit dieser Gewichtszunahme gleichen Schritt hält oder ihr wenigstens bald nachfolgt, so ist dies von alters her mit Recht als ein Zeichen übler Vorbedeutung betrachtet worden. Es vollzieht sich in diesem Falle der Ausgang der Krankheit in Schwachsinn.

Die übrigen vorstehend genannten körperlichen Begleiterscheinungen sind Komplikationen, welche auf diffusen und umschriebenen (Herd-) Erkrankungen des Gehirns (Meningitis, Tumor cerebri, Hirnabszeß, Hydrocephalus) beruhen oder durch spinale oder periphere Krankheitsprozesse verursacht sind. Bei der Dementia paralytica, bei der arteriosklerotischen Hirndegeneration, bei den syphilitischen Psychosen im engeren Sinne, sowie bei den toxischen Psychosen

(Alkohol, Blei usw.) sind ebenfalls viele Reiz- und Ausfallserscheinungen auf motorischem, sensiblem, vasomotorischem und trophischem Gebiete auf Krankheitsprozesse zurückzuführen, welche mit der Gehirnerkrankung in keinem direkten Zusammenhang stehen. Wir erinnern hier nur an die Arthropathie des Tabikers, welcher im Verlaufe seines Spinalleidens psychisch erkrankt ist.

Ob die abnorme Knochenbrüchigkeit, welche bei der paralytischen und bei der senilen Demenz verhältnismäßig häufig vorkommt, in einem unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit der zerebralen Erkrankung steht, halten wir für zum mindesten zweifelhaft. Richtiger wird sie als eine Folgeerscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen zu betrachten sein. Das gleiche gilt von den besonders bei Paralytikern so häufigen Othämatomen, die, wie v. Gudden unwiderleglich bewiesen hat, durchweg traumatischen Ursprungs sind.

Die somatischen Nebenwirkungen (z. B. Menstruationsstörungen, Veränderungen der Körpertemperatur, Herztätigkeit, Pulsbeschaffenheit usw.), welche den einzelnen klinischen Formen der Geistesstörungen eigentümlich sind, gelangen in der speziellen Psychiatrie zur Darstellung.

Allgemeine Aetiologie.

I. Individuelle Prädisposition. Endogene Ursachen.

Wenn auch ein erheblicher Teil der Ursachen geistiger Erkrankungen in der Einwirkung mehrerer inhaltlich und zeitlich oft weit auseinander liegender Schädlichkeiten zu suchen ist, die als äußere Ursachen nachher kurz besprochen werden sollen, so muß doch der wesentlichste Faktor in der individuellen Veranlagung gelegen sein.

Unter neuro-, resp. psychopathischer Prädisposition verstehen wir diejenige krankhafte Veranlagung, welche der eigentlichen Erkrankung voraufgeht, ihr gewissermaßen die Wege ebnet. Sie besteht darin, daß sie dem Individuum eine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen physiologische und pathologische Reize, gegen von außen kommende oder im Organismus selbst entstandene Schädlichkeiten gibt. Wir unterscheiden:

A. die ererbte,
B. die intrauterin erworbene,
C. die während des extrauterinen Individuallebens erworbene Prädisposition.

Die ersten zwei umfassen die angeborene neuro-, resp. psychopathische Veranlagung. Als erbliche Belastung bezeichnet man den Umstand, daß Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie des Patienten überhaupt vorgekommen sind, während mit der Bezeichnung erbliche Behaftung zum Ausdruck gebracht werden soll, daß bei dem zur Untersuchung gelangten Kranken gewisse körperliche oder geistige Merkmale der stattgehabten Uebertragung pathologischer Keimesvariationen vorhanden sind. Die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geisteskranken wird durch die Massenstatistik, diejenige der erblichen Behaftung nur durch die Individualstatistik festgestellt werden können.

Die Bedeutung der erblichen Belastung wird vielfach überschätzt. In Laien- und Aerztekreisen hört man nur zu häufig den irrigen, aber deshalb nicht minder verhängnisvollen Ausspruch, daß jeder, der aus erblich belasteter Familie stammt, im Banne der Geisteskrankheit stehe. Dazu ist folgendes zu bemerken:

Als ererbt im engeren Sinne können nur diejenigen pathologischen Aenderungen des Keimplasmas bezeichnet werden, welche aus einer ursprünglich pathologischen Keimesanlage eines oder beider Eltern hervorgegangen sind. Neben den wahren ererbten Keimesänderungen stehen die Keimesschädigungen, welche in ihrer Wirkungsweise auf die Anlage der Frucht höchstwahrscheinlich mit jenen auf gleiche Linie zu stellen sind. Solche Schädigungen der elterlichen Keimessubstanz entstehen durch chronische Intoxikationen — wir nennen hier nur die chronische Alkoholvergiftung —, durch Infektionen (Syphilis, Tuberkulose usw.), durch konstitutionelle Erkrankungen (Blut- und Stoffwechselerkrankungen) und durch lokale Erkrankungen der keimbildenden Apparate. Inwieweit diese allgemeinen Voraussetzungen für eine „konstitutionelle“, von den Eltern überkommene Veranlagung im Einzelfalle tatsächlich wirksam werden, mit anderen Worten, warum bei der amphigonen Zeugung in dem einen Falle pathologisch veränderte Keimbestandteile vom väterlichen oder mütterlichen Elter oder von beiden Eltern zugleich zum Aufbau der Frucht dienen, und warum im anderen Falle trotz gleicher individueller erblicher Belastung nur gesundes elterliches oder vorelterliches Keimplasma (vgl. die Lehre Weismanns vom Ahnenplasma) verwandt wird, wissen wir nicht. Es genügt, auf die empirisch aus einer größeren Zahl von Individualstammbäumen gewonnene Tatsache hinzuweisen, daß in Familien, die entweder nur väterlicher- oder mütterlicherseits erblich belastet sind, die größere Zahl der in mehreren Generationen gezählten Nachkommen geistig gesund geblieben ist. Dagegen ist in schwer belasteten Familien, vor allem bei konvergierender, gehäufter erblicher Belastung (vgl. unten) die Zahl der späterhin geistes- oder nervenkranken Individuen bedeutend größer; sie schwankt hier zwischen 50—70 % (Strohmayer). Die an deutschen Irrenanstalten durchgeführte Massenstatistik hat uns gelehrt, daß durchschnittlich 60—70 % der Anstaltsinsassen eine erbliche Belastung aufweisen. Dabei sind aber in der Aszendenz und bei den Seitenverwandten nicht nur die ausgeprägten Geisteskrankheiten, sondern auch die Neurosen, sowie die Fälle von Alkoholismus, die auffälligen Charaktere und die verbrecherischen Individuen unter die Zahl der erblich Prädisponierten mit aufgenommen worden (polymorphe Vererbung). Dieser Massenstatistik ist trotz aller ihr anhaftender Mängel doch ein gewisser Wert beizumessen, da, wie die Anfänge einer auf gleichen Gesichtspunkten beruhenden Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse bei Geistesgesunden lehren, die erbliche Belastung bei diesen eine geringere ist (Koller, Diem).

Das Verhältnis zwischen erblicher Belastung und erblicher Behaftung läßt sich kurz dahin definieren: Durch den Nachweis der erblichen Belastung ist im einzelnen Falle die Möglichkeit nahe gerückt, daß das Individuum eine ererbte krankhafte Veranlagung, d. i. eine Behaftung, hat. Ob wir zu dieser Annahme berechtigt sind, läßt sich nur durch genaueste Erforschung des individuellen geistigen und

körperlichen Enwicklungsganges, durch den Nachweis der nachstehend geschilderten Entwicklungsstörungen entscheiden.

Man spricht von direkter, einseitiger Vererbung, wenn ein Elter, von kumulativer, konvergierender Vererbung, wenn beide Eltern geistes- oder nervenkrank gewesen sind. Von indirekter Vererbung wird gesprochen, wenn die Eltern gesund sind und keinerlei Zeichen erblicher Behaftung dargeboten haben, dagegen in der großelterlichen Generation psychische Krankheit vorhanden gewesen war (atavistische Vererbung). Eine andere klinische Varietät der indirekten Vererbung ist die kollaterale, welche auf einer Stammtafel sich nur in den Seitenlinien (Onkel, Tante, Vettern usw.) geltend macht. Selbstverständlich muß hier die pathologische Keimesabänderung schon in einer früheren Generation stattgefunden haben, aber ihr klinischer Nachweis ist nicht gelungen.

Man unterscheidet ferner eine einfache und eine degenerative erbliche Veranlagung. Die erstere beruht, wenn man so sagen darf, auf einer geringfügigeren pathologischen Abänderung des elterlichen Keimplasmas. Sie äußert sich einmal darin, daß weniger Nachkommen innerhalb mehrerer Generationen an Geistes- oder Nervenkrankheiten gelitten haben, sodann — was wir für viel wichtiger halten — darin, daß die psychischen Krankheitsformen einfachere und gutartigere sind. Die letztere, die degenerative erbliche Veranlagung, weist auf tiefergreifende Keimesabänderungen hin. Entweder beruht sie auf gehäufter konvergierender Vererbung, oder es liegt eine durch mehrere Generationen eines Elters hindurch bestehende pathologische Vererbung vor. Sie wird als progressive erbliche Entartung bezeichnet, wenn nicht nur der Nachweis zu erbringen ist, daß die klinischen Zeichen der erblichen Behaftung bei einer größeren Zahl der Nachkommen stärker und vielseitiger ausgeprägt sind, sondern auch, daß den voll entwickelten psychischen Krankheitsformen der Stempel einer degenerativen Psychose in der Eigenart der Symptomverknüpfung und in der Verlaufsrichtung der Krankheit aufgedrückt ist.

Die angeborene (ererbte und intrauterin erworbene) psychopathische Veranlagung gibt sich bei der späteren individuellen Entwicklung entweder als allgemeiner, konstitutioneller Schwächezustand oder als einseitige, nur das Nervensystem betreffende Entwicklungsstörung kund. Grobe morphologische Abweichungen, z. B. die partielle Anencephalie (Porencephalie, Balkenmangel), die diffuse tuberöse Gliomatose der Großhirnrinde u. a. m., finden sich nur bei den schwersten Entwicklungshemmungen. Feinere, durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen nachweisbare morphologische Veränderungen sind bei angeborenen psychischen Schwächezuständen sicherlich viel häufiger anzutreffen (z. B. mangelhafte Entwicklung einzelner Fasersysteme des Rückenmarks). Viel bedeutungsvoller sind die geistigen und körperlichen Degenerationszeichen, d. i. Bildungsfehler, welche auf eine schwere erbliche Behaftung hinweisen.

Es ist jedoch nicht sichergestellt, daß sie ausschließlich auf dem Boden der ererbten psychopathischen Veranlagung vorkommen. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß auch während der intrauterinen Entwicklung stattgehabte Störungen sie veranlassen können. Außerdem beweist ein vereinzeltes Vorkommen somatischer Degene-

rationszeichen durchaus nichts für das Vorhandensein einer schweren erblichen psychopathischen Behaftung.

A. Psychische Degenerationszeichen.

Zuerst erwähnen wir die affektiven Störungen verschiedenster Art: a) auffällige Labilität der Gemütsstimmung mit exzessiven Zorn- und Wutausbrüchen und Angstaffekten oder, umgekehrt b) „eigensinniges“ Verharren in bestimmten pathologischen Gefühlszuständen, unter welchen die Unlust-, Erregungs- und Hemmungsgefühle vorwalten. Weitgehende motorische und vasomotorische Erregungs- und Hemmungsentladungen (vorherrschende Tendenz zu schweren Ohnmachten, zu epileptiformen Insulten bei gemütlicher Erregung) sind häufige Folgeerscheinungen dieser affektiven Störungen. Besonders erwähnt sei noch gehäuftes Erbrechen bei geringfügigsten emotiven Anlässen. Am häufigsten sind trübe, unzufriedene, misanthropische Stimmungen der Ausgangspunkt dieser Affekterregungen. Dabei braucht die intellektuelle Entwicklung keinerlei Störungen aufzuweisen. Bei höhergradigen Entwicklungsstörungen tritt schon frühzeitig eine verkümmerte Ausbildung jener höheren intellektuellen Gefühlsreaktionen zutage, welche normaliter mit dem Erwerb der sittlichen, altruistischen Vorstellungskomplexe verbunden sind. Alle egoistischen Gefühlsregungen entfalten sich dagegen in ausgiebigstem Maße (vorzeitige Entwicklung geschlechtlicher, normaler und perverser Gefühle).

In einer zweiten Gruppe tritt die abnorme, disharmonische intellektuelle Entwicklung stärker hervor, z. B. exzessive Phantasiewucherung, einseitige geistige Begabung (auffälliges Sprachengedächtnis, mathematische Begabung, musikalisches Talent) bei rudimentärer Begriffs- und Urteilsbildung auf anderen geistigen Gebieten; verstärktes Auftauchen überwertiger Vorstellungen (zwangsartige Furchtvorstellungen). Weiterhin sind zu erwähnen Schlafstörungen (Pavor nocturnus, protrahierte Enuresis nocturna) und das Auftreten vereinzelter Sinnestäuschungen, besonders bei Affekterregungen. Schließlich erwähnen wir die Widerstandslosigkeit gegen toxische Schädlichkeiten (Alkohol).

B. Körperliche Degenerationszeichen.

Störungen der morphologischen Entwickung finden sich besonders häufig als Schädelmißbildungen (Mikrocephalie, Turmschädel, Aztekenschädel, schwere Schädelskoliosen, Cranium progenaeum), Defekte der Knochenbildung, z. B. Wolfsrachen, sodann in der Bildung des äußeren Ohres (Morelsches Ohr: Fehlen der Differenzierung des Ohrläppchens von der Wangenhaut; Henkelohren, zahlreiche Spinae helicis usw.), in der Entwicklung der Zähne und Augen (asymmetrische Fleckung und verschiedenartige Färbung der rechten und linken Iris, angeborenes Kolobom, exzentrische Stellung der Pupille, Retinitis pigmentosa). Allgemeine Störungen der Skelettentwicklung (Zwerg- und Riesenwuchs), umschriebene Entwicklungsstörungen (angeborene Luxationen, Spaltung des Manubrium sterni, Spina bifida occulta, Polydaktylie, Syndaktylie). Störungen der Genitalentwicklung (Epispadie, Hypospadie, Kryptorchismus, Azoospermie, Uterus infantilis, U. bicornis, Verdoppelung des Genitalkanals, Atresia vaginae, verkümmerte Entwicklung der Ovarien). Von weiteren Störungen der

ektodermalen Entwicklung führen wir den übermäßigen Haarwuchs an normaliter unbehaarten oder wenig behaarten Stellen (u. a. Verdoppelung des Haarwirbels) und die Polymastie an. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß Individuen mit angeborener konträrer (homosexueller) Veranlagung einen eigentümlichen weiblichen Habitus mit breitem, flachen Becken und starker Entwicklung der Mammae zeigen können.

Unter den funktionellen Entwicklungsstörungen beanspruchen die Asymmetrien der Facialisinnervation (vor allem der Nasolabialäste), die Störungen der Sprache (plumpe, schwerfällige, undeutliche, näselnde Sprache, Stammeln, Stottern), kongenitaler Strabismus und Nystagmus eine größere Bedeutung. Auch die erhöhte Tendenz auf verhältnismäßig geringfügige periphere Reize mit partiellen und generalisierten, tonischen und klonischen Krämpfen (u. a. infantiler Laryngospasmus, manche Formen der kindlichen Eklampsie) zu antworten („Spasmophilie") muß hierher gerechnet werden.

Die erbliche Veranlagung gewinnt nur dann einen entscheidenden Einfluß auf die Gestaltung der Psychosen, wenn sie eine in dem eben entwickelten Sinne degenerative ist. Die erbliche Degeneration schafft nicht eigene psychische Krankheitsformen, sondern sie verleiht den vorhandenen durch Abänderung des Entwicklungsganges, durch die Gruppierung der Symptome und durch den Verlauf ein besonderes Gepräge. Vorwaltend auf erblich-degenerativer Basis entstehen die periodischen und zirkulären Geistesstörungen, die originäre Paranoia, die paranoischen Zustände (vgl. S. 35), die mit den mannigfachsten Zwangsvorstellungen (Phobien) ausgestattete hereditäre Form der Neurasthenie, die „große" Hysterie, gewisse Formen des angeborenen Schwachsinns oder die in den Pubertätsjahren einsetzenden juvenilen Verblödungsprozesse (Hebephrenie mit Ausgang in Dementia praecox; Katatonie).

Hinsichtlich der Gruppierung der Symptome ist die Unreinheit und Unklarheit der Zustandsbilder am auffälligsten: Es mischen sich nur allzuoft die affektiven und intellektuellen Reiz- und Ausfallssymptome in buntester, wechselvollster Art, so daß während des ganzen Krankheitsverlaufs eine schärfere Sonderung der einzelnen Reihen der Krankheitserscheinungen in einheitliche, abgeschlossene Zustandsbilder nicht möglich ist (Mischzustände), oder es entstehen zusammengesetzte Krankheitsformen, d. h. solche, welche zu verschiedenen Zeiten des Krankheitsverlaufs bald diese, bald jene klinische Zustandsform in voller Ausprägung enthalten (Kombination von Hysterie und Neurasthenie, von Epilepsie und Hysterie, von Migräne und Epilepsie, von melancholischer Depression und primärer halluzinatorischer Verwirrtheit u. dgl.).

Die ausgeprägtesten Formen degenerativer Konstitution zeichnen sich durch einen völlig gesetzlosen Krankheitsverlauf aus, indem plötzlich aus gar nicht erkennbaren oder aus geringfügigen Anlässen ganz episodisch teils eine klinisch wohl charakterisierte Psychose, teils eine ganz unklare Mischform (z. B. hysterischer Dämmerzustand mit katatonischem Symptomenkomplex) emporschießt, um nach kürzerem oder längerem Bestehen ebenso jäh wieder zu verschwinden. Erst die Stammes- und Entwicklungsgeschichte des

Patienten, sowie die Kenntnis des weiteren Krankheitsverlaufs klärt uns dann über die ominöse Bedeutung dieser scheinbar rasch zur Heilung gelangten Krankheitsepisode auf. Ein Teil dieser Fälle endigt schon frühzeitig mit völligem geistigen Verfall, andere aber können sich, selbst nach monatelangem Bestehen schwerer psychischer Krankheitszustände (z. B. primärer Stupor mit katatonischem Symptomenkomplex), in wenigen Wochen wieder völlig erholen und ihren früheren geistigen Besitzstand wieder erlangen.

So erinnern wir uns eines jungen Kaufmanns aus schwerst belasteter Familie und mit allen psychischen Merkmalen erblicher Behaftung, den wir vor mehr als 20 Jahren in einem Zustand intensivster Denkhemmung mit katatonischen Zuständen, Mutismus, Negativismus, Haltungs- und Bewegungsstereotypien (völlige Unreinlichkeit, Kotessen usw.) beobachtet und begutachtet haben. Die Krankheit bestand damals schon über 9 Monate. Unser Urteil ging dahin, daß der Kranke schon in Schwachsinn verfallen, also unheilbar geisteskrank sei. 6 Wochen später erfolgte in wenigen Tagen völlige geistige Klärung: Schwinden der Denkhemmung, Lösung der motorischen Spannung, Wegfall aller krankhaften Bewegungsäußerungen. 3 Monate später befand er sich wieder in seiner früheren kaufmännischen Stellung in Alexandrien und hat sich im Laufe der nächsten Jahre durch Intelligenz und Tatkraft zu einer leitenden Stellung emporgearbeitet. Wir betonen, daß ein Rückfall in die psychische Krankheit nicht eingetreten ist. Dagegen traten in der Folgezeit mit verschiedener Intensität „neurasthenische" Beschwerden auf. Ein geistiger Verfall ist auch heute nicht vorhanden.

Das Gesetz der ungleichartigen, „polymorphen" Vererbung (als gleichartige Vererbung bezeichet man das Auftreten der nämlichen Nerven- oder Geisteskrankheit bei einem Elter und einem oder mehreren Nachkommen: Epilepsie, Melancholie usw.) tritt bei den erblich-degenerativen Psychosen in verstärktem Maße in Kraft. Ohne ein bestimmtes Schema für die oben erwähnte progressive degenerative Vererbung aufstellen zu wollen, sei nur bemerkt, daß der Ausgangspunkt der ererbten Veranlagung recht häufig Trunksucht (Morel), Syphilis oder erworbene neuropathische Krankheitszustände sind, daß in der folgenden Generation die Psychoneurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Chorea usw.) und die unkomplizierten, heilbaren Psychosen (Manie, Melancholie usw.) überwiegen, während in späteren Generationen die schweren „degenerativ-konstitutionellen" Psychosen (Paranoia chronica, Irresein aus Zwangsvorstellungen, die periodischen und zirkulären Psychosen, die degenerative „große" Hysterie, die epileptischen Geistesstörungen usw.) vorherrschen; Idiotie zum Teil mit schweren, schon makroskopisch nachweisbaren Hirnveränderungen beschließt die Reihe. Schwer degenerativ behaftete Zweige einer Familie finden ihren Abschluß dadurch, daß die vereinzelt übrig gebliebenen anscheinend gesunden Glieder dieses Zweiges infolge der erwähnten Entwicklungsstörungen in der Genitalsphäre entweder zeugungsunfähig werden oder keine lebensfähigen Früchte mehr hervorbringen.

Wir fügen der obigen Feststellung, daß in Familien mit einseitiger erblicher Belastung nur der kleinere Teil der Deszendenten späterhin geistig erkrankt, noch die weitere Einschränkung hinzu, daß auch durch den Nachweis erblicher Behaftung durchaus nicht gefolgert werden darf, das betreffende Individuum müsse über kurz oder lang geistig erkranken. Denn die Erfahrung lehrt. daß günstige Lebensbedingungen, rationelle Erziehung, kurz alle Umstände, welche eine vollkommene körperliche und geistige Ausreifung zu fördern imstande sind, einen Ausgleich krankhafter Anlagen, welche in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung noch durch einzelne krankhafte Züge hervorgetreten sind, herbeiführen können. Immerhin

wird dieser günstigste Abschluß der individuellen Entwicklung nur einer geringeren Zahl bevorzugter Naturen zuteil. In der Mitte steht die bei weitem größere Zahl erblich veranlagter, resp. behafteter Individuen, welche zwar nicht ausgeprägt geistes- oder nervenkrank geworden sind, jedoch während ihrer ganzen Lebenszeit eine Reihe krankhafter Züge auf geistigem Gebiete aufweisen. Dieser unfertige psychopathische Zustand, den man auch ganz treffend als „Minderwertigkeit" bezeichnet hat, kann unter dem Einfluß interkurrenter Schädlichkeiten vorübergehend oder dauernd eine weitere Steigerung erfahren. Selbstverständlich ist er ganz besonders geeignet, die Grundlage ausgebildeter geistiger Krankheit zu werden.

II. Allgemeine prädisponierende Ursachen.

Die statistischen Erhebungen, welche über den Einfluß des Geschlechtes auf die Häufigkeit und auf die Art der psychischen Erkrankung Aufschluß geben sollen, haben zu keinem sicheren Ergebnis geführt. Soweit die in Irrenanstalten befindlichen Kranken in Frage kommen, ist die Zahl der Erkrankungen bei beiden Geschlechtern annähernd die gleiche. Dagegen läßt sich nachweisen, daß bestimmte Schädlichkeiten (vor allem Syphilis und Trunksucht) bei den Männern häufiger wirksam sind, während gemütliche Erschütterungen, Kummer, Sorge, sowie alle mit der Fortpflanzung zusammenhängenden Schädigungen (Gravidität, Gebärakt, Wochenbett und Laktation) bei der Frau als auslösende Ursachen im Vordergrund stehen. Bei 15—20 % der weiblichen Psychosen findet man dieses „Irresein der Wöchnerinnen" (die Laktationsperiode mit eingeschlossen). Schon der Vorgang der Menstruation kann bei prädisponierten Individuen zu ausgesprochenen, geradezu periodisch wiederkehrenden Geistesstörungen Veranlassung werden, sodann aber auch eine schon bestehende geistige Störung vorübergehend steigern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß die exzessive geschlechtliche Betätigung, hauptsächlich aber die Masturbation, früherhin zu einer der häufigsten Ursachen des Irreseins gestempelt wurde. Es ist hier meistens Ursache und Folge verwechselt worden. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, daß maßlose und lange fortgesetzte Masturbation bei psychopathisch prädisponierten Individuen sehr schädlich auf die nervösen, resp. psychischen Funktionen wirken kann.

Nuptiales Irresein wurden die im Anschluß an die ersten ehelichen Kohabitationen auftretenden akuten und subakuten Geistesstörungen genannt.

Viel wichtiger ist das Alter als prädisponierende Ursache.

Bei den Kinderpsychosen nehmen die geistigen Entwicklungshemmungen in ihren zahlreichen Abstufungen bis hinab zu den schwersten Formen der Idiotie den breitesten Raum ein. Sie beruhen zum Teil auf fötalen Erkrankungen des Gehirns, Schädel-, resp. Gehirntraumen während der Geburt, zum Teil auf Krankheitsprozessen des Gehirns, welche in den ersten Kinderjahren sich abgespielt haben. Ferner sind die Kinderinfektionskrankheiten, sowie gewisse vom Darm ausgehende Selbstvergiftungen als Quelle infantiler, morphologisch noch wenig durchforschter Rindenerkrankungen zu nennen.

Der mächtige Einfluß, welchen die Pubertätsentwicklung auf das

körperliche und geistige Verhalten schon unter normalen Verhältnissen ausübt, wird bei erblich prädisponierten Individuen oder bei solchen, deren Widerstandskraft durch voraufgegangene Krankheiten (auch Traumen) gesunken ist, geradezu verhängnisvoll. Sie unterliegen dem Ansturm. Bald vollzieht sich gewissermaßen unter der Decke ein vorzeitiger und jäher Abschluß der weiteren Ausreifung; die Unfertigkeit und Unzulänglichkeit des geistigen Könnens, das Mißverhältnis zwischen den gesteigerten Anforderungen und der Leistungsfähigkeit wird nur allmählich offenkundig. Die Patienten klagen über allgemeine nervöse Beschwerden (allgemeine Müdigkeit, Kopfdruck, erschwerte geistige Tätigkeit, Schlaflosigkeit usw.) und werden anfänglich der großen Gruppe der jugendlichen Neurastheniker beigesellt, bis dann der spätere Verlauf den wahren Tatbestand, die geistige Schwäche, klarlegt. Bald macht sich der Beginn der krankhaften psychischen Veränderung durch stürmische Anzeichen kund, welche unter den verschiedenartigsten Zustandsbildern vereinigt sind und unter der Bezeichnung „Hebephrenie" zusammengefaßt werden. Sie zeigt gemeinsame Züge, welche in ihrer Gesamtheit pathologische Karikaturen des Backfischalters, resp. der Flegeljahre darstellen (hebephrene Modifikation; Ziehen). Nur zu häufig sind diese Pubertätspsychosen die Anfänge jener symptomatologisch so vielgestaltigen und hinsichtlich des zeitlichen Verlaufes so verschiedenartigen Krankheitsformen, welche die juvenilen Verblödungsprozesse umfassen. Wir verweisen auf die Kapitel der Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides der speziellen Psychiatrie. Dabei möchten wir aber nicht den Glauben erwecken, daß alle Pubertätspsychosen, selbst wenn sie die hebephrene Modifikation aufweisen, den geistigen Verfall einleiten. Sie können ganz ähnlich, wie wir dies auch bei den erblich behafteten Kindern sehen, nur vorübergehende Krankheitszustände sein, bei welchen schon früher vorhandene, unfertig entwickelte, nur vereinzelt und abortiv auftauchende psychopathische Krankheitszeichen zu mehr oder weniger abgeschlossenen Verbänden zusammengetreten sind. Sie schwinden wieder, ohne daß ein Intelligenzdefekt zurückgeblieben ist. Manche dieser Krankheitsfälle erleiden in ihrem späteren Leben Schübe geistiger Erkrankungen, von denen sie sich aber jedesmal wieder erholen, ohne daß ein Intelligenzdefekt nachweisbar ist. Es ist unverkennbar, daß dieser Kategorie von Patienten sehr häufig auch in gesunden Tagen gewisse, bizarre Züge (krankhaftes Mißtrauen, krankhafter Eigendünkel, impulsives Affektleben) anhaften, das Entscheidende aber, der intellektuelle Verfall, bleibt aus. Auch haftet ihnen, wie allen erblich degenerativen Psychosen, die ominöse Tendenz zur Entwicklung periodischer und zyklischer Geistesstörungen an. Außer der „endogenen", durch die Prädisposition gegebenen Ursache werden in dieser Altersperiode auch andere „exogene" Schädlichkeiten, unter denen wir hier nur Alkoholmißbrauch, sexuelle Ausschweifungen und luetische Infektion nennen, ganz besonders verderblich wirken.

Von größter Bedeutung für die Entwicklung infantiler Psychosen ist die hereditäre Syphilis, die wir schon oben bei den Keimesschädigungen (vgl. S. 55) berührt haben. Sie verursacht nicht nur schwere geistige Entwicklungshemmungen (Idiotie, Imbezillität) mit und ohne Epilepsie, sondern sie schafft auch scheinbar rein funktionelle psychische Krankheitsbilder mit all jenen Zeichen disharmonischer geistiger Entwicklung, die wir vorstehend als Merkmale der erblichen Degeneration skizziert haben. Am

häufigsten haben wir in dieser Gruppe als affektiv leicht erregbaren mit Angstzuständen und Taedium vitae behafteten Kinder gesehen.

Es ist deshalb nicht angängig, eine Pubertätspsychose, selbst wenn sie die hebephrenen Züge darbietet, als Dementia praecox zu bezeichnen; denn mit diesem Ausdrucke ist schon ein bestimmtes Urteil über den Verlauf der juvenilen Psychose ausgesprochen. Die Tatsache, daß ein recht erheblicher Teil dieser zur Zeit der Geschlechtsreifung oder bald nach ihrem Abschluß einsetzenden psychischen Erkrankungen mit geistigem Defekte endigt, berechtigt durchaus nicht zu der Schlußfolgerung, daß der verhängnisvolle Ausgang eintreten muß. Wie wir schon wiederholt hervorgehoben haben, finden sich bei ausgesprochenen Hereditariern gerade in dieser Lebensperiode akut und subakut verlaufende Psychosen, die trotz schwerster Krankheitserscheinungen eine auffallend günstige Verlaufsrichtung haben. Und deshalb ist es ungerechtfertigt, einfach aus der Tatsache der juvenilen Erkrankung die Folgerung auf einen vorzeitigen geistigen Verfall zu ziehen. Die Bezeichnung „Dementia praecox" darf also nur für jene Fälle juveniler Erkrankungen verwendet werden, in welchen der geistige Verfall klinisch schon nachgewiesen werden kann.

Die Morbidität steigt noch jenseits des Pubertätsalters und erreicht ihre Höhe zwischen dem 35. und 40. Lebensjahre. Eine große Rolle spielen beim weiblichen Geschlechte die Geistesstörungen, welche durch die geschlechtlichen Vorgänge, insbesondere durch Gravidität, Geburtsakt und Laktation ausgelöst werden. Sie werden unter der Bezeichnung der Graviditäts- und Puerperal-Psychosen zusammengefaßt; sie finden wegen ihrer praktischen Bedeutung eine genaue klinische Darstellung in der speziellen Psychiatrie. Neue Gefahren bringt die Involutionsperiode; wir erwähnen die Psychosen des Klimakteriums (klimakterische Melancholie), die präsenilen arteriosklerotischen Hirnerkrankungen und die später (durchschnittlich nach dem 70. Lebensjahre) einsetzenden Psychosen des Greisenalters.

Beruf und soziale Stellung sind infolge der aus ihnen entspringenden Schädlichkeiten von Bedeutung. So treffen wir z. B. die intensivsten Erschöpfungszustände (Erschöpfungsstupor, Erschöpfungsamentia) in der Pubertätszeit bei schwächlichen Steinhauer- und Schmiedelehrlingen, welche den schwersten körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, bei Kellnerjungen, denen berufsmäßig nur wenige Stunden Schlaf gegönnt sind, und die sich schon frühzeitig durch Alkohol vergiften, und endlich bei eben aus der Schule entlassenen Dienstmädchen, welche bei Gewerbetreibenden (u. a. bei Bäckermeistern) von morgens um 4 Uhr bis nachts um 11 Uhr in und außer dem Hause tätig sein müssen. Bekannt ist die Häufigkeit der Dementia paralytica bei Handlungsreisenden und Militärpersonen. Sodann erwähnen wir den Einfluß der Gefangenschaft, welche besonders bei Einzelhaft zu halluzinatorischer Verwirrtheit führen kann. Die große Zahl von Geistesstörungen bei Gefangenen erklärt sich aber auch dadurch, daß besonders unter den jugendlichen Verbrechern angeborener und frühzeitig erworbener Schwachsinn die Grundbedingung der verbrecherischen Lebensführung ist. Endlich sei noch der praktisch bedeutsamen Militärpsychosen gedacht, bei denen die verschiedensten Momente (Heimweh, fortgesetzte Mißhandlungen, Furcht vor Strafe, körperliche Ueberanstrengung, Alkoholabusus, Lues usw.) zusammenwirken. In der Mehrzahl der Fälle

handelt es sich bei den psychisch erkrankten Rekruten um geistig minderwertige, oft geradezu schwachsinnige Individuen. Auch sind in dieser Gruppe vielfach Epileptiker und Hysteriker enthalten (triebartige Entweichungen).

III. Aeußere (exogene) Ursachen.

Hierher gehören die Schädlichkeiten, welche, von außen kommend, den gesamten Organismus oder das Zentralnervensystem treffen, ferner diejenigen äußeren Vorgänge, welche vermöge ihrer psychischen Einwirkungen („psychische Ursachen“) die geistige Störung bedingen, und endlich die Wirkungen von Giften, welche unter krankhaften Bedingungen im eigenen Organismus gebildet werden und einen deletären Einfluß auf die zentrale Nervensubstanz ausüben (Autointoxikationen).

A. Vergiftungen.

Unter den chemischen Giften steht der Alkohol (einschließlich des Absinths) obenan. Die Statistik der Irrenanstalten lehrt, daß zwischen 30 und 40 Prozent der Anstaltsinsassen unter dem Einfluß der chronischen Alkoholvergiftung geistig erkrankt sind. Sie wirkt einmal mittelbar durch Erzeugung von Organerkrankungen (Leber, Herz, Blutgefäße) und allgemeinen Stoffwechselstörungen auf die Ernährung der zentralen Nervensubstanz schädigend ein, sodann aber auch unmittelbar durch Erzeugung atrophisch-degenerativer Prozesse im Zentralnervensystem und in den peripheren Nerven (z. B. Polyneuritis alcoholica, Erkrankungen der Vorderhornzellen des Rückenmarks, degenerative Prozesse im Hemisphärenmark usw.). Der Wirkung des Alkohols sind verwandt die Vergiftungen mit Aether, Chloroform, Chloral und Paraldehyd, ferner diejenigen mit den pflanzlichen Giften: Opium, Haschisch, Tabak usw., und mit den Alkaloiden: Morphium, Kokain, Atropin, Ergotin usw. Erwähnt sei hier noch die Pellagra, welche durch bislang noch unbekannte Gifte beim Genuß von verdorbenem Mais erzeugt wird und die schwersten chronischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit Ausgang in Demenz verursacht.

Unter den metallischen Giften beanspruchen das Blei und das Quecksilber das größte Interesse. Sie bewirken chronische Krankheitszustände, welche denjenigen der Alkoholvergiftung am nächsten kommen. Eigentümliche akute Verwirrtheitszustände mit heftigster motorischer Agitation haben wir bei Vergiftungen mit Metalldämpfen gesehen (Messingfieber).

Genauer bekannt geworden sind in den letzten Dezennien die akuten und chronischen Kohlenoxyd- und Leuchtgasvergiftungen (erstere am häufigsten bei Plätterinnen, Maschinenheizern usw.), welche zu eigenartigen Krankheitszuständen führen, unter denen der Verlust der Merkfähigkeit und der partielle Ausfall ganzer Erinnerungsketten, ähnlich wie bei der Korsakoffschen Krankheit, hervorzuheben ist. Die akut verlaufenden psychischen Störungen nach Wiederbelebung Erhängter werden vielfach auf die Kohlensäureintoxikation zurückgeführt. Doch ist hier sicherlich die Hirnanämie zum mindesten ebenso bedeutungsvoll.

Auch die Schwefelkohlenstoffvergiftungen (Gummi-

arbeiter) führen zu schweren, zum Teil unheilbaren, nervösen und psychischen Krankheitszuständen.

Seltener sind psychische Störungen bei längerer Anwendung von Jodoform und Karbol.

Die Vergiftungen mit Ptomaïnen (Fleisch-, Wurst-, Käse-, Bohnengift) führen außer zu den bekannten Intestinalstörungen, falls sie nicht rasch tödlich verlaufen, zu den schwersten psychischen und nervösen Störungen.

B. Trauma.

Wir lassen hier die durch äußere Gewalt bewirkten, schon makroskopisch erkennbaren Veränderungen der zentralen Nervensubstanz außer Betracht, da die überwiegende Mehrzahl der „traumatischen Psychosen" nur auf Erschütterungen (Commotio cerebri, „akute Hirnpressung"; — Kocher —) zurückgeführt werden kann. Ohne hier auf die klinischen Varietäten dieser Psychosen einzugehen, bemerken wir, daß ihnen außer den noch ganz hypothetischen „Molekularschädigungen" gar nicht selten mikroskopisch nachweisbare miliare Erweichungsherde (zum Teil an kapillare Blutungen anschließend) zugrunde liegen. So sahen wir einmal das Gehirn eines im Zustande tiefster Demenz zugrunde gegangenen Sportsmannes von einer Unzahl derartiger miliarer Herde durchsetzt. Freilich war in diesem Falle der Verdacht nicht unbegründet, daß früher einmal eine syphilitische Durchseuchung stattgefunden hatte. Mesarteriitische und endarteriitische Krankheitsprozesse fehlten gänzlich.

Im Anschluß hieran erwähnen wir die Neurosen und Psychosen infolge elektrischer Entladungen, sowie diejenigen nach „kalorischen Schädlichkeiten" (bei Feuerarbeitern; Hitzschlag besonders bei Militärpersonen; Insolation bei Aufenthalt in tropischen Gegenden).

C. Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Bei den akuten Infektionskrankheiten, unter denen Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza, Erysipelas, Infektionen durch Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli u. a., Lyssa, Variola und Pneumonie hervorzuheben sind, wirken die verschiedensten Momente zusammen, um vorübergehende oder länger dauernde Geisteskrankheit zu erzeugen. Früherhin hat man das Hauptgewicht auf den Fieberprozeß (die Hyperthermie mit ihren Folgeerscheinungen) gelegt. In der Tat genügen bei jugendlichen erblich behafteten Individuen schon verhältnismäßig geringe Temperatursteigerungen, um halluzinatorische Dämmerzustände mit motorischer Agitation (Fieberdelirien) hervorzurufen. Die neueren Forschungen machen es aber wahrscheinlicher, daß in den meisten Fällen weniger die Temperatursteigerung als die Einwirkung von Bakteriengiften auf die zentrale Nervensubstanz die geistige Störung verschuldet. Dafür spricht der Umstand, daß diese schon vor Einsetzen des Fiebers sich einstellen kann („Inkubationsdelirien"). Noch häufiger und in ihren klinischen Erscheinungsformen vielgestaltiger sind die psychischen Krankheiten, welche nach Abfall des Fiebers auftreten. Soweit pathologische Stoffwechselprodukte der organisierten Infektionsträger die Ursache sind, spricht man von postinfektiösen Psychosen, soweit der durch den fieberhaften Krankheitsprozeß bedingte Kräfteverfall an Bedeutung überwiegt, von Kollaps- oder Inanitionsdelirien.

Sowohl die infektiösen, als auch die postinfektiösen Psychosen bieten häufiger einen stürmischen tödlichen Verlauf dar (Delirium acutum, vgl. S. 52). Der ungünstige Ausgang in sekundäre Demenz gehört bei schweren und protrahierten Erkrankungen dieser Art (stuporöse Zustände, agitierte halluzinatorische Verwirrtheit) nicht zu den Seltenheiten.

Unter den chronischen Infektionskrankheiten steht die Syphilis an erster Stelle. Auf ihre keimschädigenden Eigenschaften haben wir schon mehrfach hingewiesen. Hier kommen nur die ätiologischen Momente in Betracht, welche sich auf die psychische Erkrankung des syphilitisch infizierten Individuums selbst beziehen. Sie hängen, wenn wir die allgemeinen, durch die Syphilis bedingten Ernährungsstörungen außer Betracht lassen, im wesentlichen davon ab, ob das Zentralnervensystem (funktionstragendes Gewebe, Neuroglia und gefäßtragende Stützsubstanz) durch den Infektionsträger oder durch Syphilistoxine geschädigt worden ist. Ohne auf die anatomischen Einzelheiten der syphilitischen Gehirnerkrankungen hier näher einzugehen, lassen sich von klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten aus 3 Formen unterscheiden:

1. Syphilitische Herderkrankungen (zirkumskripte Syphilome in Meningen und Hirnsubstanz, Endarteriitis, resp. Mesarteriitis syphilitica an einzelnen Hirngefäßen, konsekutive umschriebene Hämorrhagien und Erweichungen). Sie bedingen die gleichen Störungen auf psychischem Gebiete wie andere Arten von Herderkrankungen.

2. Die meningitischen (gummösen) Prozesse (die diffuse Meningitis und Meningoencephalitis der Konvexität, die Meningitis cerebrospinalis), welche bei akutem Einsetzen und subakutem Verlauf zu schweren psychischen Störungen führen und nach Ablauf dieser Krankheitserscheinungen (Inkohärenz, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) recht häufig eigenartige geistige Defekte (postsyphilitische Demenz s. str.) zurücklassen.

3. Die para- und metasyphilitische Hirnerkrankung, die in der allgemeinen progressiven Paralyse ihren klinischen Ausdruck findet. Bei dieser Krankheitsform handelt es sich höchstwahrscheinlich nicht um primäre Gewebsproliferationen im Sinne der infektiösen Granulationsgeschwülste, sondern um chemische Schädigungen der Nervensubstanz, des Gliagewebes und der Blutgefäße durch Syphilistoxine. Die entzündlichen Prozesse sind sekundärer Natur. Doch kommen auch Kombinationen spezifischer und metasyphilitischer Hirnerkrankungen gar nicht selten vor.

Erwähnt seien noch die Fälle von angeborenem Schwachsinn, welche durch hereditäre Syphilis verursacht sind. Sie verbinden sich vielfach mit anderweitigen, klinischen Zeichen syphilitischer Gehirnerkrankungen (Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfe, vgl. S. 61).

Die Tuberkulose führt, wenn wir von den psychischen Krankheitssymptomen der akuten Miliartuberkulose oder der Meningitis tuberculosa der Kinder absehen, im wesentlichen nur durch den Kräfteverfall zu Zuständen, die der Erschöpfungsamentia zuzurechnen sind.

Die Malaria verläuft, wenn auch seltener, mit Anfällen schwerster agitierter Verwirrtheit, welche die Fieberattacken begleiten und einen periodischen Typus gewinnen können. Es sind auch solche motorische Erregungszustände mit Inkohärenz und Halluzinationen ohne die typischen Fieberanfälle beschrieben worden (psychische Aequivalente des Malariaanfalles). Verhältnismäßig häufiger ent-

wickeln sich (auf Grund der Malariakachexie) Melancholie, primärer Stupor und Amentia.

Die Karzinose führt infolge des fortschreitenden Kräfteverfalls zu kachektischen Delirien, die wir ebenfalls der Amentia zurechnen, oder zu ausgeprägten Melancholien mit heftigsten ängstlichen Erregungen. Außerdem werden durch multiple karzinomatöse Herde im Gehirn oder durch diffuse Infiltrate in den Meningen schwere psychische Krankheitszustände (allgemeine Denkhemmung mit totalem Verlust der Merkfähigkeit, interkurrente Erregungszustände usw.) hervorgerufen.

D. Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems.

Ausgebildete psychische Störungen bei der Gicht auf dem Boden der „harnsauren Diathese" kommen, wenigstens nach den Erfahrungen der deutschen Psychiater, nur selten vor. In der ausländischen Literatur spielt die schon von den älteren Aerzten angenommene „Kopfgicht" eine größere Rolle. So sollen verhältnismäßig oft periodische gemütliche Depressionszustände durch Retention von Harnsäure im Blute verursacht sein (Lange). Auch agitierte Verwirrtheitszustände aus gleichem Grunde sind beschrieben worden. Es handelt sich also hier in gleicher Weise wie bei schwerem Diabetes um psychische Krankheitszustände durch Selbstvergiftung, welche häufiger den Charakter ausgleichbarer (z. B. Melancholie), viel seltener unausgleichbarer (Dementia) Schädigungen des funktionstragenden Gewebes besitzen.

Die im Verlaufe der akuten und chronischen Nephritis auftretenden Geistesstörungen sind entweder direkt toxämische Psychosen (Urämie), oder sie entstehen auf dem Boden einer allgemeinen arteriosklerotischen Erkrankung. Im ersteren Falle handelt es sich um toxische Dämmerzustände, im letzteren finden wir Krankheitsbilder mit schweren Stimmungsanomalien meist depressiven Charakters, welche nur allzuoft Vorläufererscheinungen der arteriosklerotischen Hirndegeneration sind.

Die Stoffwechselstörung, welche der Rhachitis zugrunde liegt, kann zu angeborenem Schwachsinn führen, und zwar sind die auf ihr beruhenden gröberen Entwicklungsstörungen des Gehirns und der Schädelkapsel (u. a. der rhachitische Hydrocephalus) die wesentlichste Ursache; weniger bedeutungsvoll erscheint eine in ihren Einzelheiten noch wenig erforschte, nur mikroskopisch erkennbare Erkrankung der Hirnrinde.

Die Osteomalacie verursacht nach Mitteilungen von Wagner ebenfalls akut und subakut verlaufende psychische Störungen.

Viel klarer liegen auf Grund der neueren Forschungen die ätiologischen Beziehungen zwischen den Schilddrüsenkrankheiten und den Geistesstörungen. Der Kretinismus und das Myxödem werden heute unbestritten auf kongenitale Verkümmerungen oder erworbene Erkrankungen der Schilddrüse zurückgeführt. Während bei diesen Erkrankungen der Ausfall der Schilddrüsentätigkeit (Anhäufung von Toxinen, für welche die Schilddrüse normaliter die Antitoxine liefert) die Grundlage der geistigen Entwicklungsstörung oder des geistigen Verfalls (vgl. auch die Cachexia strumipriva) ist, werden umgekehrt für die psychischen und nervösen Störungen, welche im Verlauf des Morbus Basedowii sich gar nicht selten einstellen,

direkte Vergiftungen des Gehirns, resp. der Nervensubstanz durch das im Uebermaße gebildete Schilddrüsensekret verantwortlich gemacht. Teils sind es akute affektive oder amentiaartige Störungen mit Inkohärenz, flüchtiger Wahnbildung, teils sind es schwerere, remittierend verlaufende Psychosen mit depressiver Wahnbildung oder halluzinatorischen Erregungszuständen, welche bei jugendlichen Patienten nach kürzerer oder längerer Zeit zur Verblödung führen.

Noch wenig aufgeklärt sind die psychischen Störungen bei der Addisonschen Krankheit (stuporöse Zustände, agitierte Verwirrtheit, sekundäre Demenz).

Wir haben damit das Gebiet der Selbstvergiftungen betreten. Ihre ergiebigste Quelle sind Erkrankungen des Intestinaltractus. Die hier in Betracht kommenden Krankheitsfälle gehören nach v. Wagner zum größten Teil in das Gebiet der Amentia, meist mit Aufregungszuständen, zuweilen auch in depressiver Form. Wir selbst haben einen solchen Fall (17jähriger Patient) mit schwerem stuporösem Zustand und vollständiger motorischer Hemmung (ohne katatonische Symptome) beobachtet. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes war der geistigen Erkrankung, die in Demenz ausging, ein mehrwöchentlicher, mit schwerer Koprostase einhergehender Intestinalkatarrh voraufgegangen. Die Schwierigkeiten der Beurteilung solcher Krankheitsfälle liegen darin, daß niemals mit Sicherheit entschieden werden kann, ob diese initialen intestinalen Störungen nicht schon Teilerscheinungen der aus anderen Ursachen entspringenden psychischen Erkrankung sind. Vornehmlich bei französischen Autoren spielen in der Aetiologie akuter, subakuter und periodisch verlaufender Psychosen Erkrankungen der Leber eine bedeutsame Rolle. Auch wir haben Fälle periodischer Verwirrtheitszustände bei jugendlichen Individuen gesehen, welche regelmäßig mit leichtem Ikterus und deutlicher Leberschwellung verbunden waren (Vergiftungen mit Carbaminsäure?). In einem dieser Fälle war hereditäre Syphilis sehr wahrscheinlich.

In gewissem Sinne ist auch die geistige und körperliche Erschöpfung (Erschöpfungsneurosen und -psychosen) als eine Selbstvergiftung zu betrachten, indem eine Anhäufung pathologischer, durch den übermäßigen Kräfte- und Stoffumsatz bewirkter Zerfallsprodukte entweder lokal in den funktionell überanstrengten Nervenzentren selbst oder in der Blutbahn stattfindet. Im ersteren Falle ist der gestörte Chemismus in der zentralen Nervensubstanz die direkte Ursache der Krankheitsvorgänge; im letzteren Falle sind es im Blute kreisende „Erschöpfungstoxine", welche in den verschiedensten Teilen des Organismus ihren Ursprung haben können (z. B. bei übermäßiger körperlicher Arbeit in den Muskeln). Unterschieden werden die akuten Erschöpfungen (vgl. Kollapsdelirien) und die chronischen Erschöpfungen (Neurasthenie, Erschöpfungsstupor usw.). Eine scharfe Grenze zwischen beiden läßt sich, wie die Erschöpfungsamentia lehrt, nicht ziehen.

Unter den Erkrankungen des Blutes ist zuerst die Chlorose zu nennen, welche in nahen Beziehungen zu den Erschöpfungspsychosen und zur Hysterie steht, sodann die perniziöse Anämie, in deren Verlaufe halluzinatorische Verwirrtheitszustände auftreten können. Auch schwere Blutverluste führen zu akuten und subakuten dämmerhaften Zuständen mit heftiger halluzinatorischer Erregung.

Die organischen Herzerkrankungen veranlassen auf den

verschiedensten Wegen Störungen in der psychischen Sphäre, einmal in unmittelbarem Zusammenhang mit stenokardischen Anfällen schwere Präkordialangst, aber auch außerhalb der Anfälle pathologisch gesteigerte affektive Erregbarkeit, sodann mittelbar durch Erzeugung von Hirnerkrankungen (Hirnembolie) postapoplektische Demenz. Drittens sind die eigenartigen „mussitierenden“ Delirien bei dem durch Herzschwäche verursachten Hirnödem zu erwähnen. Die Arteriosklerose ist in den mittleren Jahrzehnten (bei Alkoholismus, Gicht, Syphilis usw.), vor allem aber jenseits des 50. Lebensjahres als erstes Zeichen der präsenilen Involution eine sehr häufige Ursache allgemeiner Ernährungsstörungen des Gehirns, welche anfänglich neurasthenisch-hypochondrische Krankheitszustände und späterhin die Symptome der sog. arteriosklerotischen Hirndegeneration hervorrufen.

Den Genitalerkrankungen des Weibes ist besonders von den älteren Aerzten eine übergroße ätiologische Bedeutung zugemessen worden („Reflexpsychosen“). Sie sind nur selten und dann auch nur auf dem Umwege der durch das gynäkologische Leiden verursachten allgemeinen Ernährungsstörung prädisponierende Ursachen. Häufiger sind sie Gelegenheitsursachen (unterstützt durch langwierige gynäkologische Behandlungen) zum Ausbruch einer Geistesstörung bei erblich behafteten Individuen. Die Ueberschätzung der Genitalleiden rührt daher, daß die pathologischen Genitalempfindungen und die wahnhaften Vorstellungsbildungen auf sexuellem Gebiete von den Patienten selbst in den Vordergrund geschoben werden.

Auf die vielfachen und zum großen Teil sehr engen Beziehungen zwischen den Geistes- und Nervenkrankheiten können wir hier nur hinweisen. Sie sind entweder koordinierte, durch die gleichen Schädlichkeiten entstandene (z. B. Tabes und Paralyse, toxische Polyneuritis und Korsakoffsche Verwirrtheit u. a. m.) Krankheitsvorgänge, oder die Psychosen sind, wie bei den embolischen und thrombotischen Herden, den Hirntumoren, der multiplen Sklerose usw., die Folgen der organischen Erkrankung. Bei den großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie) sind diese Zusammenhänge am innigsten. Sie erklären sich aus der nahen Verwandtschaft dieser so häufig auf dem Boden der neuro-, resp. psychopathischen Veranlagung entstandenen „Nervenleiden“ mit den Geisteskrankheiten im engeren Sinne. Es braucht hier nur darauf hingewiesen zu werden, daß die psychische Komponente in den Krankheitsbildern der Neurasthenie und in erhöhtem Maße in denen der Hysterie das Ausschlaggebende bei der Entwicklung und Gestaltung auch der sog. rein nervösen Krankheitserscheinungen ist, und daß sowohl in den paroxystischen, als auch in den interparoxystischen Phasen der Epilepsie und der Hysterie bei genauerem Hinsehen das psychische Krankheitselement niemals fehlt. Ueber die ausgeprägten psychischen Krankheitsbilder, welche sich im Verlaufe der diffusen Neurosen entwickeln, vergleiche die spezielle Psychiatrie. Hinsichtlich der psychischen Störungen bei der Chorea, Migräne, Tetanie, Paralysis agitans gelten die gleichen Gesichtspunkte.

E. Psychische Ursachen.

Alle gemütserschütternden, plötzlich und unmittelbar (z. B. Schrecken) oder chronisch sich vollziehenden Vorkommnisse (Aerger, Kummer, Sorge) können die Ursache geistiger Störungen sein. Sie wirken um so sicherer und verhängnisvoller, je widerstands-

unfähiger das Individuum ist, sei es, daß erbliche Prädisposition, sei es, daß erworbene neuro-, resp. psychopathische Zustände (nach erschöpfenden Krankheiten, Trauma, Alkohol usw.) den Boden für diese pathologischen Affektwirkungen vorbereitet haben. Diese emotiven Ursachen bilden, wie z. B. bei der Dementia paralytica, ein bedeutsames Glied in der Kette schädigender Ursachen und sind, wie die Erfahrung lehrt, nur zu oft der letzte Anstoß zum Ausbruch der Erkrankung. Unter den sog. funktionellen Psychosen steht in dieser Beziehung die Melancholie in erster Linie; hier lassen sich die fließendsten, oft schwer zu beurteilenden Uebergänge zwischen physiologisch begründeter Sorge, Kummer und pathologisch protrahierter und vertiefter Verstimmung beobachten. Die Schreckneurosen und -psychosen finden sich fast ausschließlich bei solchen Individuen, die schon früher ein labiles und leicht erregbares Gemütsleben dargeboten haben. Wie besonders ein Blick auf die engen Beziehungen zwischen gemütlichen Schädlichkeiten und hysterischen Krankheitsäußerungen lehrt, muß genau unterschieden werden zwischen der Erzeugung der Krankheit durch emotive Schädlichkeiten und der Entwicklung neuer Krankheitssymptome bei schon vorhandenem Grundleiden.

Die psychische Infektion wird durch höchst zusammengesetzte psychische Einflüsse bewirkt. Teils ist es eine durch Gewohnheit und Uebung (bei Geschwistern, Ehegatten, Herrin und Dienerin usw.) gezüchtete Unterordnung und Anschmiegung, welche zu einer Art von Uebertragung krankhafter Urteilsbildungen auf die Personen der nächsten Umgebung bei paranoischen Kranken führt („induziertes Irresein"). Teils sind die gemütlichen Erregungen, das nagende Gefühl der Verantwortlichkeit, die stete Sorge bei der Pflege selbstmordverdächtiger Kranker, aber auch Nachtwachen, körperliche Ueberanstrengung usw., welcher Aerzte, Pflegepersonal oder mit der Pflege geliebter Angehöriger betraute Familienglieder ausgesetzt sind, bei der psychischen Infektion ausschlaggebend. Die psychischen Volkskrankheiten des Mittelalters, die Hausepidemien von Hysterie (Pensionate, Waisenhäuser usw.) werden auf gemütliche Erschütterungen und auf den in seinem Wesen noch unklaren Vorgang der Imitation zurückgeführt.

Pathologische Anatomie.

Wie die Lehren der Aetiologie ergeben, bestehen wesentliche Verschiedenheiten in der Wirkungsweise der einzelnen Schädlichkeiten je nach der anatomischen und funktionellen Beschaffenheit des Zentralorgans der psychischen Tätigkeit. Pathologisch-anatomische Kriterien einer psychopathischen konstitutionellen Veranlagung gibt es, wie wir gesehen haben, nur insoweit, als wir in der Lage sind, grobe, makroskopisch erkennbare (Mikrocephalie, Mikrogyrie, angeborenen Balkenmangel u. dgl.) oder nur mikroskopisch nachweisbare Entwicklungsstörungen, resp. -hemmungen des Gehirns und Rückenmarks (verkümmerte Entwicklung der Ganglienzellen und Nervenfasern bei der Idiotie, mangelhafte Entwicklung der Pyramidenbahnen u. a. m.) festzustellen.

Ueber die während des Individuallebens entstandenen krankhaften Veränderungen des Gehirns und seiner Hüllen, welche die Grundlage

psychischer Krankheitsvorgänge sind, gibt uns die Hirnsektion nur für die verhältnismäßig kleinere Gruppe der sog. organischen Gehirnkrankheiten (Porencephalie, diffuse und lobäre Sklerose des Gehirns, Hydrocephalus chronicus, akute und chronische Meningitis, Erweichungen, Blutungen, Tumoren, Hirnabszeß usw.) einen für die Erklärung der einzelnen psychischen Krankheitserscheinungen freilich nur ungenügenden Aufschluß. Bei allen chronischen, mit ausgesprochenem geistigem Defekt einhergehenden oder mit einem solchen endigenden Geistesstörungen ist die Hirnwägung, die Feststellung der Rindenbreite, der Weite der Hirnventrikel, der Beschaffenheit des Ventrikelependyms, der basalen Hirngefäße usw. von größter Wichtigkeit. Eine endgültige Aufklärung gibt uns in allen diesen Fällen aber nur die mikroskopische Untersuchung. Auf ihre Technik hier einzugehen, mangelt uns der Raum; es sei nur hervorgehoben, daß sich diese Untersuchung zu erstrecken hat:

1. auf die funktionstragende Nervensubstanz (degenerativ-atrophische Veränderungen der Nervenfasern, resp. -zellen);
2. auf die ektodermale Stützsubstanz (degenerative und reparatorische entzündliche Prozesse, z. B. Gliawucherungen bei der epileptischen Demenz);
3. auf die mesodermale gefäßtragende Stützsubstanz (z. B. hyaline Degeneration der Hirngefäße, endotheliale Wucherungen an der Gefäßadventitia und an der Pia mater, kleinzellige Anhäufung inner- und außerhalb der Gefäßscheide usw.).

Ueber die Besonderheiten dieser mikroskopischen Befunde wird bei der Bearbeitung der einzelnen Psychosen das Nähere mitgeteilt werden. Hier sei nur noch einiger allgemeiner Gesichtspunkte gedacht, nach welchen das Verhältnis zwischen den pathologisch-anatomischen Veränderungen und den psychischen Störungen betrachtet werden kann. Es besteht prinzipiell nur ein quantitativer Unterschied zwischen den Schädigungen der Nervensubstanz, welche den funktionellen, und denjenigen, welche den organischen Nerven- und Geisteskrankheiten zugrunde liegen. Die funktionellen Neurosen und Psychosen beruhen in letzter Linie auf nutritiven Störungen der funktionstragenden Nervensubstanz und insbesondere der zentralen Nervenzelle (Störungen der assimilatorischen und dissimilatorischen Prozesse). Die ausgleichbaren funktionellen Störungen sind auf Partialschädigungen der Nervenzelle zurückzuführen, die einer völligen Regeneration durch die physiologischen Stoffwechselvorgänge leicht zugänglich sind. Hier kommen hauptsächlich Partialschädigungen derjenigen Bestandteile der Nervenzelle in Betracht, die in den Nisslschen Körpern aufgestapelt sind. Je weitergehend die Art dieser Molekularschädigung ist, desto schwieriger und langwieriger wird auch der Ersatz, der erneute Aufbau dieser Zellbestandteile sein. Er wird ferner bei allen denjenigen Individuen schwieriger und unvollkommener stattfinden, bei denen, wenn man so sagen darf, die molekulare Konstitution der Nervenzelle schon vor der Einwirkung der schädigenden Ursache eine geringerwertige ist. Aber auch dann wird der Ersatz ein ungenügender und unvollkommener sein, wenn das Verhältnis zwischen Assimilation und Dissimilation (Kraftvorrat, Kraftverbauch und Kraftersatz) durch andauernd erhöhte Ansprüche an das Zentralnervensystem und durch Verringerung oder Verschlechterung des der Zelle zugeführten Nährmaterials, für längere Zeit oder sogar dauernd gestört ist. Aus den völlig ausgleich-

baren entstehen so die bleibenden funktionellen Störungen. In letzterem Falle ist die nervöse Leistungsfähigkeit zwar herabgemindert, aber nicht aufgehoben. Die chronische nervöse, resp. psychische Erschöpfung, die Geringerwertigkeit der psychischen Leistungen nach akuten Geistesstörungen können als klinische Belege für diese molekularen Schädigungen gelten. Sie treten uns, soweit Toxinwirkungen in Frage kommen, am reinsten bei jenen sog. funktionellen Störungen entgegen, welche als Syphilis-Neurasthenie, resp. -Hypochondrie bezeichnet werden. Sind die Toxinwirkungen intensiverer Art und treffen sie zusammen mit anderweitigen, die Ernährungsbedingungen und Leistungen der Nervenzelle beeinträchtigenden Vorgängen, so ist der Einfluß um so verderblicher. Der Krankheitsprozeß verharrt nicht auf der Stufe der Partialschädigung, vielmehr wird allmählich die ganze Nervenzelle von ihm ergriffen.

Die Totalerkrankung der Nervenzelle führt nicht nur zum Untergang der Nisslschen Körper, sondern auch der funktionstragenden Substanz im engeren Sinne (das Neurosoma Helds). Anatomisch lassen sich diese verschiedenen Stadien oder Arten der Zellerkrankung am schönsten nachweisen bei den akut verlaufenden und tödlich endigenden infektiösen, resp. postinfektiösen Psychosen (Influenza, Varizellen, Variola, Typhus usw.). Auch die syphilitischen Erkrankungen der Großhirnrinde, vor allem die progressive Paralyse, führen zu den gleichen, nicht bloß graduell, sondern auch qualitativ verschiedenartigen Zelldegenerationen. Die Entwicklung und der Verlauf dieser letztgenannten Krankheit weist außerdem darauf hin, daß in den verschiedenen Stadien des Krankheitsprozesses in einzelnen Partien des Zentralnervensystems Partialschädigungen mit ausgleichbaren, an anderen Stellen solche mit unausgleichbaren Störungen der Nervenfunktion stattfinden können, während an dritten Stellen Totalschädigungen mit völligem Funktionsausfall Platz gegriffen haben. Das Höhestadium dieser Krankheit ist erst dann erreicht, wenn die Totalschädigungen der Rindenelemente weit fortgeschritten sind.

Dieser Gedankengang zeigt uns, daß eine scharfe Grenze zwischen funktionellen (ausgleichbaren und unausgleichbaren Partialschädigungen) und organisch bedingten Psychosen nicht gezogen werden kann. Er berechtigt uns außerdem zu der Hoffnung, daß mit der weiteren Vervollkommnung der histologischen Technik und Ausdehnung der mikroskopischen Durchforschung der Großhirnrinde für weitere Gebiete, die bislang den funktionellen Psychosen zugerechnet wurden, sich bestimmte anatomische Veränderungen der Nervensubstanz werden auffinden lassen. Dafür sprechen nicht nur die oben angeführten pathologisch-anatomischen Befunde bei den unter dem Bilde der akuten Amentia (Delirium acutum) verlaufenden infektiösen Psychosen, sondern auch die Befunde bei den chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Blei usw., sowie endlich bei den geistigen Schwächezuständen, welche nach akuten fieberhaften (infektiösen) Krankheiten zurückgeblieben sind (sog. postfebrile Demenz).

Ganz im Einklang mit den vorstehenden Betrachtungen stehen die Bestrebungen Alzheimers, bei denjenigen funktionellen Psychosen, welche zu geistigen Schwächezuständen führen, und denen anatomisch betrachtet regressive Veränderungen zugrunde liegen, den Abbau des Nervengewebes zu erforschen, die Abbauprodukte festzustellen. Für das Studium der Erkrankung der Nervenbahnen besitzen wir die „Marchische Methode“, welche uns einen Aufschluß über die Vorgänge des Markscheidenzerfalles gibt. Sie ist aber für die pathologisch-anatomische Durchforschung der Großhirnrinde bei allen zur Verblödung führenden chronisch verlaufenden Psychosen

von geringem Werte. Alzheimer hat nun mittels neuer histo-chemischer Untersuchungsmethoden gezeigt, daß bei diesen Krankheitsprozessen eine beträchtliche Vermehrung des Fettes stattfindet. Eine Prädilektionsstelle für eine Ablagerung bilden die Zellen der Adventitia, außerdem aber findet sich in verschiedener Art und Anordnung bei verschiedenen Krankheitsprozessen Fett in den Ganglien- und Gliazellen. Andere, höher konstituierte Abbauprodukte im Gewebe der Hirnrinde wurden zuerst bei der amaurotischen Idiotie, sodann aber auch bei funktionellen Psychosen in verschiedener Anordnung und Menge gefunden. Es handelt sich um „protagonoide Körper", welche sich in wechselnder Anordnung und Menge vorfinden. Gewisse netzartige Anordnungen der färbbaren Substanz der Ganglienzellen, wie sie das Nisslsche Bild bei manchen chronischen Psychosen zeigt, entstehen durch die Zwischenlagerung solcher Stoffe. Noch andere Abbauprodukte finden sich in der Nervenzelle selbst, über deren chemische Beschaffenheit die elektive Färbung noch keine sicheren Resultate ergeben hat.

Von nicht geringerer Bedeutung sind die Ergebnisse Alzheimers über die Abbauprodukte in der protoplasmatischen Glia (Gliazellen). Bei verschiedenen Krankheitszuständen fand er in der Hirnrinde Gliazellen mit großem Zelleib, die keine Neigung zeigen, Fasern zu produzieren (amöboide Gliazellen). In diesen Zellen nun lassen sich wieder mancherlei Körnchen nachweisen, die als Abbauprodukte zu betrachten sind; sie bestehen außer den Fettkörnchen aus myelinoiden und fibrinoiden Körpern. Manche Rinden sind ganz erfüllt von solchen mit Zerfallstoff beladenen Zellen. Es ließ sich feststellen, daß diese amöboiden Gliazellen vielfach Fortsätze zu den Gefäßen haben, und daß sich diese Körner von der unmittelbaren Nachbarschaft der Ganglienzellen durch die Gliazelle und ihre Fortsätze hindurch bis in den adventitiellen Lymphraum verfolgen lassen. Auch in den Zellen und Maschen des Pialgewebes begegnet man dann den gleichen Zerfallsprodukten.

Verlauf, Prognose, Diagnose.

Hinsichtlich des Verlaufs unterscheidet man akut entstehende und akut verlaufende, akut entstehende und subakut, resp. chronisch verlaufende, sowie chronisch entstehende und chronisch verlaufende Geistesstörungen. Als Beispiel führen wir an für die erste Kategorie gewisse Krankheitsbilder der toxischen, infektiösen und traumatischen Psychosen; für die zweite Kategorie finden wir ebenfalls in diesen ätiologisch-klinischen Gruppen, sowie bei den senilen Involutionspsychosen zahlreiche Belege. Die Melancholie und Manie zeigt häufiger eine akute, d. h. in wenigen Tagen oder Wochen ansteigende, Entwicklung und einen über viele Monate protrahierten Verlauf. Auch die in der Pubertätszeit oder kurz nachher einsetzenden Psychosen weisen die gleichen Verlaufsarten auf. Die dritte Kategorie ist durch die chronischen paranoischen Zustände am besten gekennzeichnet.

Ferner unterscheidet man Psychosen mit rezidivierendem und, wenn die Anfälle durch annähernd gleiche Zeiträume getrennt sind, mit periodischem Verlauf. Bei den periodischen Psychosen zeigen in den einzelnen Anfällen die Krankheitsbilder oft eine verblüffende Gleichheit (periodische Manie, Melancholie). In anderen Fällen finden wir ganz verschiedenartige Krankheitszustände; nur die zeitliche Begrenzung, der mehr oder weniger regelmäßige Wechsel zwischen Krankheitsphasen und Zeiten relativer Gesundheit weist auf einen einheitlichen Krankheitsprozeß hin. Wir sagen absichtlich Zeiten relativer Gesundheit; denn bei genauerer Betrachtung machen sich auch hier einzelne psychopathische Züge bemerkbar. Für jeden neuen Krankheitsanfall ist eine bestimmte auslösende Gelegenheitsursache nicht notwendig. Im engen Zusammenhang mit den periodischen stehen die zirkulären Psychosen, bei welchen zwei in

ihren hauptsächlichsten Symptomen einander entgegengesetzte Krankheitsphasen zu einem „Zyklus“ vereinigt sind. In der einen Phase handelt es sich vorwaltend um Erregungssymptome auf affektivem, cortikosensorischem und cortikomotorischem Gebiete, während die entgegengesetzte Phase durch Hemmungssymptome ausgezeichnet ist. Die reinsten Bilder dieser Art haben wir bei den sog. affektiven zirkulären Psychosen, den Zyklothymien, bei welchen maniakalische Exaltation und melancholische Depression paarig zusammengeordnet und durch kürzer oder länger dauernde, relativ gesunde Zwischenzeiten von einem neuen Zyklus streng geschieden sind (manisch-depressives Irresein; Kraepelin). Aber auch in ihren Symptomen sehr gemischte (stuporöse und halluzinatorisch erregte) Krankheitsbilder verbinden sich zu einem zyklischen Verlaufe. Doch läßt sich hier in den Zeiten relativer Ruhe und Klarheit recht häufig der Nachweis liefern, daß von einer wahrhaft gesunden Zwischenzeit nicht gesprochen werden darf. Die periodischen und zyklischen Psychosen weisen fast durchweg auf eine schwere erbliche Behaftung hin und gehen in ihren ersten Anfängen auf die Zeit der Pubertät zurück. Doch sei hier eingeschaltet, daß wir zuweilen Fällen von zirkulärer Geistesstörung begegnet sind, welche sich bei einfacher erblicher Belastung und ohne frühere Anzeichen erblicher Behaftung bei schon seit Jahren bestehendem chronischem Alkoholismus erst im reiferen Lebensalter entwickelt hatten.

Von wahren Rezidiven sprechen wir, wenn eine mit Genesung endigende psychische Krankheit späterhin auf Grund bestimmter auslösender Ursachen ein oder mehrere Male wieder auftritt. Dabei ist nicht ausgeschlossen, daß die erstmalige Geistesstörung, trotzdem Heilung erfolgt war, eine gewisse Schwächung (vgl. die Schlußbemerkungen des vorigen Abschnittes) der psychischen Leistungsfähigkeit, eine verringerte Widerstandskraft gegen schädigende Einwirkungen zurückgelassen und dadurch den Boden für neue Erkrankungen vorbereitet hat.

Die Prognose ist bei erstmaliger geistiger Erkrankung in der Hauptsache abhängig zu machen von den ätiologischen Bedingungen, von der Eigenart des erkrankten Individuums und von der klinischen Gestaltung des Krankheitsbildes. In allen Fällen ist der Grad der geistigen Ausreifung, welchen das Individuum erlangt hat, von ausschlaggebender Bedeutung. Geringer begabte oder geradezu debile Personen unterliegen unter gleichen ätiologischen Bedingungen dem tiefgreifenden Einfluß einer akut oder subakut verlaufenden Psychose viel leichter; bei ihnen finden wir am häufigsten jene Ausgänge, welche als Heilung mit Defekt bezeichnet werden. Nach Ablauf der akuten Krankheitserscheinungen bleiben geringe, nur dem Kundigen bemerkbare Ausfallssymptome zurück, welche auf intellektuellem Gebiete in einer Einschränkung des geistigen Interessenkreises bestehen. Noch häufiger kennzeichnet sich der Defekt durch eine Verarmung, resp. Verflachung der feineren (ethischen und ästhetischen) Gefühlsreaktionen, verbunden mit einer krankhaften Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit.

Als sekundäre Demenz bezeichnet man den schärfer ausgesprochenen allgemeinen Verfall der geistigen Kräfte im Anschluß an eine akute, resp. subakute Geistesstörung. So bedeutungsvoll der Faktor der erblichen Veranlagung, resp. Behaftung für die Beurteilung des Entwickelungsganges und des Verlaufes einzelner Krankheitsphasen erscheint, so widerspruchsvoll ist auch der Einfluß, welchen

er auf den endgültigen Verlauf besitzt. Wir finden auf der einen Seite bei intensiver erblicher Behaftung schwere und protrahiert verlaufende Krankheitsfälle, welche oft in überraschender Weise noch zur Heilung gelangen (vgl. S. 59), und auf der anderen Seite stehen scheinbar leichte Erkrankungen (Manie, Melancholie, primäre stuporöse Zustände mit katatonischem Symptomenkomplex, halluzinatorische Verwirrtheit mit motorischer Agitation usw.), welche trotz guter intellektueller Entwicklung in den Schuljahren einen rapiden geistigen Verfall bis zur tiefsten Verblödung herbeiführen. Hier ist unverkennbar die akute geistige Störung nur das Anfangsglied des zeitlich und ursächlich mit dem Pubertätsalter zusammenhängenden vorzeitigen Abschlusses der intellektuellen Entwickelung. Sie zeichnet sich durch besonders stürmische Reiz- und Hemmungssymptome aus, welche die Ausfallssymptome vielfach verdecken. Aber auch ein remittierender oder intermittierender, d. h. durch kürzere oder längere Zwischenstadien relativer Erholung charakterisierter, Verlauf ist diesen in Dementia endigenden Geistesstörungen recht häufig eigentümlich. Die juvenilen Verblödungsprozesse (Dementia praecox sive hebephrenica) bieten hierfür genugsam Beispiele. Wenn wir so die Ansicht vertreten, daß die Mehrzahl dieser juvenilen Verblödungsprozesse auf erblich-degenerativer Basis (Ziehen berechnet erbliche Belastung in 80 % aller Fälle und betont die Häufigkeit gehäufter Degenerationszeichen) entstanden ist, so muß doch die Möglichkeit eingeräumt werden, daß sie auch bei nicht erblich behafteten Individuen beim Zusammenwirken verschiedener Schädlichkeiten (psychischer und körperlicher Ursachen) sich entwickeln können. Nach unseren Erfahrungen ist dann immer ein gewisser Grad geistiger Schwäche schon vor dem Einsetzen der Dementia praecox vorhanden gewesen. Daß die periodischen und zyklischen Geistesstörungen fast ausschließlich den erblich bedingten Psychosen zuzurechnen sind, haben wir früher schon hervorgehoben. Die schleichend sich entwickelnden Psychosen mit exquisit chronischem Verlauf (vgl. paranoische Zustände) bieten bei schwerer erblicher Behaftung die allerungünstige Prognose.

Sehen wir von diesen ätiologisch-klinischen Gesichtspunkten der allgemeinen Prognostik ab, so bieten auch die einzelnen Krankheitssymptome, ihre Aufeinanderfolge und ihre Verknüpfungen Fingerzeige für die freilich immer nur mutmaßliche Voraussage über den Ausgang der Krankheit. Einfache Melancholien, ohne schwere erbliche Behaftung, bei guter intellektueller Entwicklung sind prognostisch sehr günstig. Unsere hier in Thüringen gesammelten Erfahrungen beweisen nicht nur das überaus häufige Vorkommen einfacher, unkomplizierter Melancholien, sondern auch die gute Prognose dieser Krankheitsform (80 %).[1]) Viel seltener ist die einfache — nicht periodische oder keiner zirkulären Psychose zugehörige — Manie. Sie kommt aber zweifellos vor. Wir erinnern uns an eine 19jährige Patientin, welche in der hiesigen Klinik an einer schweren, sich über sieben Monate erstreckenden Manie behandelt worden ist. Die Krankheit endigte ohne jeden Intelligenzdefekt. Das Mädchen verheiratete sich einige Jahre später und ist, wie wir auf Grund wiederholter eingehender Erkundigungen versichern können, bis auf den heutigen Tag — es sind inzwischen 20 Jahre verflossen — trotz mannigfacher

[1]) Es sind selbstverständlich bei der statistischen Berechnung alle Melancholien mit periodischem oder zyklischem Verlauf außer acht gelassen.

Fährnisse (schwere Geburten, Todesfälle in der Familie) gesund geblieben.

Ohne auf die Prognose im einzeln einzugehen, sei nur darauf hingewiesen, daß primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne prognostisch immer ungünstig ist, daß dagegen die inkohärente, sowie die komplementäre (auf Grund von Affektstörungen oder Halluzinationen) Wahnbildung keinen sicheren Rückschluß auf die Prognose des Falles gestattet. Eine absolut, auch quoad vitam, infauste Prognose bieten die perakut verlaufenden Fälle von Amentia (Delirum acutum), auf welche wir S. 52 hingewiesen haben, ebenso die allgemeine progressive Paralyse der Irren und die arteriosklerotische Hirndegeneration. Indirekt, d. h. Affekthandlungen (Selbstmorddrang) oder durch andauernde Unterernährung und Kräfteverfall, kann auch bei den einfachen Psychosen (Melancholie, Manie) ein tödlicher Ausgang sattfinden.

Die Diagnose einer Geistesstörung gründet sich nicht allein auf eine genaue Analyse des zur Zeit der Krankenbeobachtung vorhandenen Zustandes, sondern auch auf die eingehende Erforschung der Familiengeschichte und des individuellen Entwicklungsganges des Patienten an der Hand der in der Aetiologie gegebenen Fingerzeige. Wir lassen hier ein Schema der Krankenuntersuchung folgen:

I. Anamnese.

a) Familiengeschichte (mit Berücksichtigung der Blutsverwandtschaft, Trunksucht, konstitutioneller Erkrankungen, Verbrechen, auffallender Charaktere, Selbstmord usw.): Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits, Eltern (Schwangerschaft und Geburt), Geschwister der Eltern und deren Kinder, Geschwister und die Kinder des Patienten.

b) Individueller Entwicklungsgang: Säuglingserkrankungen, erste Dentition (Eklampsie), Rhachitis, Erlernen von Gehen und Sprechen, kindliche Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus, Enuresis nocturna), Kindernervenkrankheiten, Infektionskrankheiten, Trauma, Schulbildung, Schulleistungen (erschwertes Lernen, einseitige Begabung, rasche Ermüdung, Unaufmerksamkeit), Verhalten beim Verkehr mit anderen Kindern und den Eltern (krankhafter Eigensinn, Zornausbrüche usw.). Pubertätsentwicklung (erste Menstruation, Masturbation, geistige Entfaltung, Charakterbildung), Berufswahl (Gewerbekrankheiten, Ueberanstrengung von Lehrlingen und Dienstmädchen, Alkoholabusus, Verkürzungen des Nachtschlafes usw.). Militärzeit (Trauma, kalorische Schädlichkeiten, syphilitische Infektion). Weiterer Lebensgang mit Erforschung aller körperlichen und psychischen (intellektuellen und affektiven) schädigenden Einwirkungen. Soziale Sphäre, endgültiger Berufsstand und die mit ihm verknüpften Gefahren (Vagabondage, Bettelei, Gewohnheitsverbrechen usw.). Bei Verheirateten: eheliche Verhältnisse, Puerperium. Von besonderer Wichtigkeit ist die Feststellung des psychischen Verhaltens von der Pubertätsperiode bis zum nachweisbaren Beginn der psychischen Erkrankung. Hier ist den krankhaften, leicht übersehbaren Abänderungen der „nervösen“, resp. psychischen Leistungsfähigkeit (affektive Erregbarkeit, Schlafstörungen, Intoleranz gegen Alkohol, rasche geistige Ermüdbarkeit, Neigung zu Ohnmachten) besonders nachzuspüren. Feststellung des geistigen und körperlichen Verhaltens der Patienten in den letzten Monaten oder Wochen vor dem deutlich

erkennbaren Beginn und der Nachweis von besonderen Gelegenheitsursachen für den Ausbruch der Psychose. Schilderung der Krankheitserscheinungen und des Krankheitsverlaufes bis zur Vornahme der ärztlichen Untersuchung.

II. Status praesens.

a) Körperlicher Befund (auf Degenerationszeichen achten!): Körpergröße, Körperbau, Muskulatur, Fettpolster, Haut: Feststellung von Selbstverletzungen oder von Merkmalen stattgehabter Mißhandlungen (Hautwunden, Sugillationen, Rippenbrüche). Schädeluntersuchung (Umfang, Länge, Breite), Gesichtsfarbe, Schleimhäute, Iris, Ohren, Gaumen, Zähne. Untersuchung der inneren Körperorgane. Puls, Arterien; vasomotorisches Nachröten. Nervensystem: oberflächliche und tiefe Reflexe; mechanische Muskelerregbarkeit. Berührungsempfindlichkeit, Schmerzempfindlichkeit, Druckpunkte. Gleichgewichtsstellung bei geschlossenen Augen; Gang, Armbewegungen (statischer Tremor, Intentionstremor, Ataxie), Händedruck; Beinbewegungen. Pupillen (Lichtreaktion, Konvergenzreaktion). Cornealreflex, Stirnrunzeln, Augenschluß, Mundfacialisinnervation, Zunge, weicher Gaumen; Gaumenreflex. Geruch, Gehör, Augenhintergrund, Gesichtsfeld. Sprachartikulation.

b) Psychischer Status. Allgemeines Verhalten: Ausdrucksbewegungen (Gesichtsausdruck, mimische, pantomimische Bewegungen, einschließlich Grimassieren und Gestikulieren, sprachlicher Ausdruck, Schrift), Schlafstörungen, Nahrungsaufnahme, spontane Bewegungen, Haltungs- und Bewegungsstereotypien, Negativismus, katatonische Muskelspannungen, Katalepsie u. a. m. Reaktionen auf äußere Anreize. Störungen der Empfindungen (Illusionen und Halluzinationen). Formale Störungen der Ideenassoziation und geistiger Besitzstand: Bildung, Inhalt der Vorstellungen, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, örtliche und zeitliche Orientierung, Geschwindigkeit der Ideenassoziation. Inhaltliche Störungen der Ideenassoziation: Zwangsvorstellungen, Urteilsschwäche (Krankheitseinsicht, Wahnideen). Pathologische Gefühlszustände: heitere, traurige, reizbare Verstimmung, Gefühlsleere (Apathie); ethisch-ästhetische Gefühlsreaktionen, Affekterregungen (Angst, Zorn usw.). Handlungen: Initiativ- und Reaktivbewegungen. Bei Untersuchungen zu wissenschaftlichen Zwecken: Prüfung der einfachen Reaktionszeit, der Erkennungs-, bzw. Unterscheidungszeit und der Wahlzeit (Kraepelin, Sommer, Ziehen) mit besonderer Berücksichtigung der Aufmerksamkeit und Ermüdbarkeit der Kranken.

Nachdem auf diesem Wege die Grundlage zur Beurteilung des Falles gewonnen ist, wird die klinische Krankheitsform aus der Aufeinanderfolge und Verknüpfung der einzelnen psychischen Krankheitselemente erschlossen werden können.

Die Gesamtheit der in einer gegebenen Zeit vorhandenen Krankheitssymptome bezeichnet man als Zustandsbild, Syndrom. Die einzelnen im ätiologischen Abschnitt aufgeführten äußeren Krankheitsursachen können zu den verschiedenartigsten Zustandsbildern Veranlassung sein, welche in diagnostischer Hinsicht nur unter Hinzufügung der wirksamen Schädlichkeit die Bedeutung klinischer Krankheitsformen gewinnen (Erschöpfungsamentia, traumatischer Dämmerzustand usw.). Recht schwierig wird die Stellung der Zustandsbilder zu den einzelnen Krankheitsformen oder -Bildern bei den auf inneren

Ursachen beruhenden Geisteskrankheiten. Bei diesen „konstitutionellen“ Psychosen finden wir bald im gesamten Krankheitsverlauf nur ein Zustandsbild vertreten (einfache konstitutionelle Psychosen), bald treten diese in gleicher Form periodisch auf oder sie bilden mit anderen kontrastierenden Zustandsbildern einen Zirkel: Cyklothymien und zirkuläre Psychosen (vgl. S. 72 u. 73), oder endlich folgen sich die verschiedensten Zustandsbilder in regelloser Reihe. Auf die Mischzustände ist S. 58 hingewiesen. All diese Krankheitstypen finden sich vorzugsweise bei den degenerativ-konstitutionellen Psychosen. Innerhalb der Zustandsbilder besitzen die einzelnen Krankheitssymptome einen ganz verschiedenen Wert. Die wesentlichsten und für die Gestaltung des Krankheitsbildes ausschlaggebenden bezeichnet man als Kardinal- oder Primärsymptome, die anderen, welche nur Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen der erstgenannten sind, als Neben- oder Sekundärsymptome.

So ist z. B. bei der Melancholie die traurige Verstimmung (einschließlich der Angstaffekte) in einem Teile der Fälle das Kardinalsymptom, die Denkhemmung (einschließlich der Aprosexie und der Herabsetzung der Merkfähigkeit), sowie die psychomotorischen Störungen Nebensymptome, ebenso die komplementären, als Erklärungsversuche der Angt zu bezeichnenden Wahnideen. In anderen Fällen von Melancholie läßt sich aus der zeitlichen Aufeinanderfolge der Elementarsymptome schließen, daß die affektive Depression und die Denkhemmung einander gleich zu stellende Kardinalsymptome sind. Dagegen ist bei dem primären Stupor die Denkhemmung das Kardinalsymptom; die depressive Stimmungsanomalie fehlt hier vollständig, oder sie tritt nur als flüchtige Nebenerscheinung auf und wechselt gelegentlich mit oberflächlichen Erregungs- und Lustgefühlen ab, welche offenkundig vom Inhalt der ebenfalls als Nebensymptome zu bezeichnenden inkohärenten Wahnideen (wahnhafte Einfälle) abhängig sind. Der Ausfall psychomotorischer Leistungen ist hier ebenfalls als Kardinalsymptom aufzufassen. Daß bei dem primären Stupor eine primäre Dissoziation, d. i. eine aus dem Herabsinken der Energie des Assoziationsprozesses entspringende Lockerung der assoziativen Verknüpfungen der Erinnerungsbilder — im Gegensatz zur assoziativen Hemmung bei der Melancholie — als Kardinalsymptom besteht, ist sehr wahrscheinlich, jedoch nicht mit Sicherheit aus der Analyse der Krankheitsvorgänge zu entnehmen. Die Aprosexie und der Merkdefekt sind ebenfalls Begleiterscheinungen, die nur bei geringergradiger Denkhemmung überhaupt zur Beobachtung gelangen. Bei der Amentia sind die Kardinalsymptome die primäre Dissoziation, der beschleunigte Ablauf der dissoziierten Vorstellungen und die gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit; als Nebensymptome sind die Unorientiertheit, die Bildung inkohärenter Wahnideen, sowie die Halluzinationen und Illusionen aufzufassen. Bei den Dämmerzuständen, welche mit der Amentia durch fließende Uebergänge verbunden sind, sind die Störungen der Merkfähigkeit und des Aufmerkens zu Hauptsymptomen geworden. Das Kardinalsymptom der paranoischen Zustände ist die primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne.

Bei einigen klinischen Krankheitsformen sind während des ganzen Krankheitsverlaufes die gleichen Kardinalsymptome vorhanden und bestimmen so nicht nur das Zustandsbild, sondern geben der Krankheitsform ihr klinisches Gepräge: ich nenne z. B. die Manie, Melancholie, Neurasthenie, Paranoia simplex chronica usw. In anderen Fällen treten, wie wir vorstehend erörtert haben, einzelne Zustandsbilder mit verschiedenen Kardinalsymptomen zu einer klinischen Krankheitsform zusammen; es kann dies auch bei akut einsetzenden und subakut verlaufenden Geisteskrankheiten stattfinden (z. B. die Kombination von Erschöpfungsstupor und Erschöpfungsamentia). Die Mehrzahl der chronisch verlaufenden Psychosen bietet eine Reihe von Zustandsbildern, welche für kürzere oder längere Zeit selbständig bestehen und scharf voneinander geschieden sind oder sich flüchtig ablösen und oft schwer auseinander zu halten sind. In den juvenilen Verblödungsprozessen lassen sich für beide Erscheinungsformen instruktive Beispiele auffinden. Hier sind, wie wir schon

früher gesehen haben, die Zustandsbilder mit dem voll entwickelten katatonischen Symptomenkomplex sehr häufig anzutreffen.

Es geht schon aus diesen Andeutungen hervor, daß die Diagnose einer Geistesstörung nicht aus der Feststellung irgendeines Zustandsbildes, sondern nur aus der genauesten Kenntnis ihres Entwicklungsganges und des gesamten Verlaufes mit Sicherheit gestellt werden kann. Auf die Bedeutung des Erblichkeitsfaktors für die Gestaltung des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes haben wir in der Aetiologie eingehender hingewiesen. Daß die ätiologisch-klinischen und klinisch-symptomatologischen Erwägungen die Diagnostik gegenseitig beeinflussen und befruchten, ist aus dem Gesagten unschwer zu erkennen. Eine Klassifikation der Geistesstörungen kann auf klinisch-deskriptivem und auf ätiologisch-klinischem Forschungswege erreicht werden. Für die Zwecke des Unterrichts und für die Aufgaben des praktischen Arztes ist in der speziellen Psychiatrie der erstere Weg gewählt worden. Für eine Zusammenfassung des gesammten Stoffes unter einheitlichen Gesichtspunkten ist der zweite Weg aussichtsvoller.

Simulation von Geistesstörung in dem Sinne, daß ein geistig normaler Mensch längere Zeit hindurch die Symptome einer vollentwickelten und wohlcharakterisierten Geistesstörung vortäuscht, gehört zu den immerhin seltenen Vorkommnissen. Hingegen finden wir bei psychopathischen, resp. hysteropathischen Individuen, besonders bei jugendlichen Degenerierten mit Pseudologia phantastica (vgl. S. 20), sowie bei mäßig schwachsinnigen Individuen häufiger das Bestreben, einzelne psychische Krankheitssymptome, auch Krämpfe, Lähmungen usw., vorzutäuschen.

Allgemeine Therapie.

Sie beginnt mit der allgemeinen Prophylaxe, für welche sich die leitenden Grundsätze aus der Aetiologie ohne Mühe entnehmen lassen. Besondere Sorgfalt wird auf die körperliche und geistige Entwicklung erblich behafteter Kinder verwendet werden müssen. Schon frühzeitig ist die Widerstandskraft gegen gemütliche Schädlichkeiten zu stärken; vor allem sind die Kinder auch gegen körperlichen Schmerz abzuhärten. In der Jugenderziehung ist durch geeignete Belehrung den Gefahren des Alkoholmißbrauchs und der syphilitischen Infektion vorzubeugen.

Da die überwiegende Mehrzahl der Psychosen mit Krankheitserscheinungen einhergeht, welche entweder für die Umgebung störend und lästig und geradezu gefährlich (Gemeingefährlichkeit) werden können oder das Leben der Kranken selbst gefährden (Selbstmordgefahr), so ist die Unterbringung der Kranken in besondereren Anstalten schon in den ersten Stadien der Erkrankung ein dringendes Erfordernis. Aber viel wichtiger als diese äußeren, auf den Schutz der Gesellschaft und der Kranken abzielenden Indikationen zur Anstaltsaufnahme sind diejenigen, welche aus der Aufgabe, den Kranken zu heilen, entspringen. Jeder, der mit dieser verantwortungsvollen und mühseligen Aufgabe vertraut ist, welche dem

Arzte und dem Pflegepersonal bei der Behandlung akuter heilbarer Geistesstörungen erwächst, jeder Arzt, welcher weiß, wie wertvoll, besonders im Beginn der Erkrankung, die völlige Loslösung des Kranken aus den gewohnten, ihn psychisch schädigenden Verhältnissen ist, wird möglichst rasch die Versetzung des Kranken in die Anstalt befürworten und auch gegen Widerstände seitens der Angehörigen dieselbe durchzusetzen bemüht sein. Nur durch verständnisvolle und unablässige Kontrolle kann der Weiterentwicklung einzelner, besonders störender und für das gesamte geistige Geschehen bedeutungsvoller Krankheitsäußerungen (Affekterregungen, motorische Entladungen, Nahrungsverweigerung, Schlafstörungen usw.) Halt geboten werden. Doch wird in selteneren Ausnahmefällen, in welchen die häuslichen Bedingungen und die materielle Lage das Aufgebot eines umständlichen Apparates (Isolierung im eigenen Hause, geschultes Pflegepersonal, eigener Arzt) ermöglichen, bei akuten, heilbaren oder bei unheilbaren, störenden Kranken die Privatbehandlung durchzuführen sein. Die Stimmungsanomalien, die leichteren Grade der Erschöpfungsneurosen und -psychosen (neurasthenisch-hypochondrische Zustände), die einfach dementen Formen der progressiven Paralyse u. a. m. können auch zweckmäßig in den sog. offenen Nervenheilanstalten behandelt werden. Alle schwereren Fälle bedürfen der Aufnahme in die geschlossene Anstalt, in welcher sie auch gegen ihren Willen festgehalten werden können. Der Gegensatz zwischen beiden Systemen schwindet immer mehr, indem auch die privaten und staatlichen geschlossenen Anstalten offene Abteilungen besitzen. Von größter Bedeutung ist die Einrichtung der freiwilligen Aufnahme (ohne jede behördliche Vermittlung), welche auch für die unteren Klassen mittels der Krankenkassen und Invaliditätsversicherung in immer noch steigendem Masse erleichert werden muß. Es liegt auf der Hand, daß nur auf diesem Wege ein möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung bewirkt wird und so der Ausbildung einer schweren, voll entwickelten Geistesstörung erfolgreich vorgebeugt werden kann. Ein wesentliches Unterstützungsmittel bei dieser Aufgabe ist die Errichtung von Polikliniken in Verbindung mit den staatlichen Irrenanstalten. Es wird auf diesem Wege, wie uns die eigene Erfahrung lehrt, der Zufluß frischer Fälle sehr verstärkt. Das alte Odium, welches der Irrenanstalt anhaftet, wird am besten dadurch zerstört, daß auch den Laien der Zutritt zu den Krankenabteilungen beim Besuche ihrer kranken Familienmitglieder gewährt wird. Sie können sich dann durch eigenen Augenschein überzeugen, daß die Einrichtungen einer modernen Irrenanstalt sich von denjenigen anderer Krankenhäuser kaum unterscheiden, und daß die überlieferten Anschauungen von einer grausamen und, wie wir gleich hinzufügen wollen, widersinnigen Zwangsbehandlung heutzutage nicht mehr zutreffend sind.

Statistische Erhebungen lehren folgendes: Es genesen von den Kranken, die aufgenommen werden:

im 1.	Monat	41,4 %	im 2. Halbjahr	5,5 %
„ 2.—3.	„	32,9 „	„ 2. Jahr	2,9 „
„ 4.—6.	„	15,3 „	nach dem 2. Jahr	2,2 „

Auf die Therapie im einzelnen hier einzugehen, fehlt uns der Raum. Wir beschränken uns deshalb auf einige allgemeine Bemerkungen. Die Hilfsmittel sind die gleichen, welche bei der Therapie der Nervenkrankheiten überhaupt zur Anwendung gelangen. Obenan

steht die Psychotherapie, d. i. die seelische Einwirkung, welche selbstverständlich das genaueste Verständnis für die Krankheitsursachen und Krankheitsäußerungen voraussetzt und strengste Individualisierung verlangt.

Jeder neu in die Anstalt aufgenommene Krankheitsfall, vornehmlich aber jede akute Psychose, wird mit Bettruhe behandelt, welche, wie alle neueren Erfahrungen lehren, das geeignetste Mittel zu einer genauen Beobachtung, Bewachung (Selbstmordgefahr) und Fernhaltung aller schädigenden psychischen Einwirkungen auf den Kranken ist. Es gelingt oft durch diese einfache Maßnahme, schwere psychische Erregung (Angstaffekte, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) zu bekämpfen. Für jeden Fall aber ist sie für eine konsequent durchgeführte diätetisch-physikalische und medikamentöse Behandlung das beste Unterstützungsmittel. Selbstverständlich bedürfen Patienten mit schlechtem Ernährungszustand oder fiebernde Kranke der Bettbehandlung.

Ebenfalls als psychisches Heilmittel ist die Isolierung der Kranken, d. h. ihre Unterbringung in zweckmäßig eingerichteten und mit Sicherheitsvorrichtungen versehenen Zimmern, zu betrachten. Sie darf nur auf direkte ärztliche Anordnung erfolgen und bezweckt, von dem Kranken alle erregenden und störenden Einwirkungen fernzuhalten, welche mit der Vereinigung mehrerer Kranker in einem Wachzimmer unvermeidlich verbunden sind. Außerdem wird sie vorübergehend notwendig, um die Mitkranken vor gemeingefährlichen Handlungen, z. B. durch Patienten in epileptischen Dämmerzuständen oder durch erregte Paralytiker, zu schützen. Die früher geübte dauernde Isolierung gemeingefährlich erregter Kranker ist vollständig zu verwerfen, da sie die Patienten nicht nur unsozial macht, sondern auch ihre Neigung zur Unreinlichkeit und zu aggressiven Handlungen direkt steigert.

Von größtem Werte ist die Arbeit, d. i. die methodische Beschäftigung der Kranken. Die körperliche Arbeit in der Anstalt selbst (Hausarbeiten, Handarbeiten, Werkstättenarbeit), im Hofe (Holz sägen!), im Garten, sowie im geordneten landwirtschaftlichen Betriebe ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, um die Aufmerksamkeit körperlich gesunder, in der Rekonvaleszenz ihrer geistigen Erkrankung begriffener, vor allem aber auch chronischer Geisteskranker angemessen zu fesseln, auf diesem Wege krankhafte Stimmungen und Vorstellungsrichtungen zu bekämpfen und ungeeignete, zwangsartig und impulsiv erfolgende Bewegungsäußerungen in geordnete Bahnen zu lenken. Den gleichen Zwecken dient eine leichte, dem Bildungsgrade und der früheren Berufsarbeit angepaßte geistige Betätigung (Bureauarbeiten, Beschäftigung mit fremden Sprachen, geschichtliche, geographische und technische Studien).

Es genügen schon diese kurzen Hinweise, um darzutun, daß die Arbeit ein wichtiger Bestandteil der psychischen Heilmethode ist.

Gesellige Vereinigungen, musikalische Aufführungen, Turnspiele, gemeinsame Ausflüge sind zur Vervollständigung des psychotherapeutischen Rüstzeugs unbedingte Erfordernisse einer modernen Anstalt.

Bezüglich der Ernährungstherapie erwähnen wir hier nur die bei den Erschöpfungspsychosen gebotenen Mastkuren, die in erster Linie bei der Melancholie so notwendige diätetische Behandlung der Appetitlosigkeit und Obstipation, sowie die bei der Nahrungsverweigerung notwendige Zwangsfütterung. Letztere gehört zu den schwierigsten Aufgaben. Gelingt es nicht, dem Kranken die

Nahrung mit dem Löffel oder der Schnabeltasse einzuflößen, wobei mit größter Geduld verfahren werden muß, so muß zur Einführung der Schlundsonde (durch die Nase!) geschritten werden, damit ein lebensbedrohlicher Kräfteverfall vermieden wird. Milch mit verschiedenen Zusätzen (Malztropon, Sanatogen usw.), Eier, Fleischsäfte, Lipanin oder (bei Obstipation) Beimengungen von Rizinusöl, Kochsalz, Wein werden zu diesen Fütterungen verwandt. Die Gefahren der Schlundsondenfütterung sind bei starkem Widerstand der Kranken nicht unerheblich. Pressen die Patienten die Speisen immer wieder heraus, so wird die Nahrungszufuhr auf diesem Wege illusorisch und Schluckpneumonien fast unvermeidlich. Die Nährklystiere sind, obgleich sie nur einen ungenügenden Ersatz der Fütterung bilden, dann unentbehrlich. Es werden in wechselnder Zusammensetzung die vorstehend genannten flüssigen Nahrungsmittel unter Zusatz von Stärkemehl oder Salepschleim verwandt.

Unter den hydriatischen Behandlungsmitteln heben wir nur die Dauerbäder hervor, welche zur Bekämpfung von Erregungszuständen geradezu unschätzbare Dienste leisten. Es sind dies warme (durchschnittlich 35° C) Vollbäder, in welchen die Patienten bis zu mehreren Stunden verbleiben. Diese Dauerbäder sind mit der Bettbehandlung in geeigneter Weise zu kombinieren; es müssen deshalb in unmittelbarem Zusammenhang mit den für die Bettbehandlung eingerichteten „Wachabteilungen" (Krankensäle in Verbindung mit Einzelzimmern) die Baderäume sich befinden.

Auf die anderen physikalischen Heilmethoden (Massage, Elektrotherapie, Mechanotherapie) kann hier nicht eingegangen werden.

Betreffs der medikamentösen Behandlung, welche in der speziellen Psychiatrie eine eingehendere Berücksichtigung erfahren wird, sei nur erwähnt, daß wir die Narkotica, resp. Hypnotica (Hyoszin, Duboisin, Chloralhydrat, Paraldehyd und Amylenhydrat, Sulfonal, Dormiol und Trional, Veronal, Neuronal usw.) zur Bekämpfung hartnäckigster Schlaflosigkeit und schwerster motorischer Erregungszustände trotz der Dauerbäder nicht entbehren können. Die Bromsalze finden vorzugsweise bei der Behandlung der epileptischen Psychosen Verwendung, sind aber auch bei leichteren Erregungszuständen ein wertvolles Hilfsmittel.

Ueber die bei primären depressiven Stimmungsanomalien mit ausgeprägten Angstzuständen geradezu spezifisch wirkende Opiumbehandlung vgl. die Behandlung der Melancholie.

Zum Schluß sei noch die Frage gestreift, wann die Patienten aus der Anstaltsbehandlung, resp. -pflege entlassen werden können. Bei den akuten, heilbaren Fällen gehört die richtige Bestimmung des Zeitpunktes der Entlassung zu den schwierigsten Aufgaben. Geschieht sie verfrüht, ist die Schaffung einer Uebergangsstation bei verständnisvollen Verwandten oder auch bei fremden Familien auf dem Lande (Familialpflege), in Luftkurorten, Nervensanatorien u. dgl. aus äußeren Gründen unmöglich, so liegt die Gefahr eines baldigen Rückfalls um so näher, wenn der Patient den früheren, die Krankheit verursachenden Schädlichkeiten wieder ausgesetzt ist. Eine übermäßige Verzögerung der Entlassung ruft auf der anderen Seite nicht nur von neuem krankhafte Stimmungsanomalien hervor, sondern kann auch lähmend auf das Streben der Kranken nach selbständiger Betätigung, nach freier Uebung der wiedergewonnenen geistigen Kräfte wirken. Beiden Gefahren wird am besten vorgebeugt durch das System der Beurlaubung, resp. probeweisen Entlassung, wobei für die nächsten Wochen

oder Monate noch eine Beaufsichtigung der gebesserten, resp. geheilten Kranken durch den Arzt des Aufenthaltsortes stattfindet.

Chronische Geisteskranke sind nur dann dauernd in Anstalten zu belassen, wenn gemeingefährliche Erregungszustände mit oder ohne äußere Anlässe oder verbrecherische Handlungen im Krankheitsverlauf vorherrschen; dann aber auch, wenn bei geistiger und körperlicher Hilfslosigkeit die soziale Lage der Angehörigen eine geeignete häusliche Pflege unmöglich macht. Leider treffen diese Voraussetzungen nur zu häufig zu, so daß die Zahl der in öffentlichen und privaten Irrenanstalten unterzubringenden Kranken stetig wächst. Im Jahre 1898 befanden sich (nach Lähr) in den Irrenanstalten Deutschlands etwa 74000 Kranke; es kam also durchschnittlich ein Anstaltsinsasse auf 688 Einwohner. In dieser statistischen Angabe ist die Zahl der behandlungs- und pflegebedürftigen Geisteskranken keineswegs zutreffend zum Ausdruck gelangt; den Bedürfnissen der Jetztzeit wird nur dann genügt werden, wenn auf 500 Einwohner ein Platz in einer öffentlichen Irrenanstalt vorhanden sein wird. Im Jahre 1905 betrug die Zahl der in den deutschen Irrenanstalten befindlichen Kranken etwa 115000.

Literatur.

Störring, Vorlesungen über Psychopathologie usw., Leipzig 1900.
Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie, 6. Aufl. 1908—10.
Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen, 9. Aufl., Jena 1911.

Kraepelin, Psychiatrie, 2 Bände, 8. Aufl., Leipzig 1909 und 1910.
v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., Stuttgart 1903.
Mendel, Leitfaden der Psychiatrie, Stuttgart 1902.
Räcke, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, 2. Aufl. 1909.
Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, Berlin und Wien 1899. — Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. 1901.
Wernicke, Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig 1906.
Weygandt, Atlas und Grundriß der Psychiatrie, München 1902.
Ziehen, Psychiatrie, 3. Aufl., Leipzig 1908.

Anhang.

Die psychiatrischen Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen.[1]

Die Sachverständigentätigkeit auf psychiatrischem Gebiete zerfällt in zwei Teile:

A. Die strafrechtliche Begutachtung eines Angeschuldigten.
B. Die zivilrechtliche Begutachtung des Geisteskranken.

Wir beschränken uns hier auf die Wiedergabe und Erörterung der einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich.

A. Strafrechtliche Bestimmungen.

§ 56. „Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das 12., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besitzt." — In diesem Paragraphen ist die Grundlage für die strafrechtliche Beurteilung der jugendlichen Verbrecher geschaffen; sie besitzen nur eine relative Strafmündigkeit, welcher im § 57 durch eine wesentliche Herabsetzung des Strafmaßes und eine Milderung der Strafart (Gefängnis statt Zuchthaus) Rechnung getragen wird. Bei Kindern, welche das 12. Lebensjahr nicht vollendet haben, ist gemäß des § 55 eine strafrechtliche Verfolgung ausgeschlossen. Sie können jedoch, wenn sie verbrecherische Handlungen ausgeführt haben, in gleicher Weise wie die jugendlichen Verbrecher, welche auf Grund des § 56 freigesprochen worden sind, der Zwangserziehung überantwortet werden, für welche durch die neuen Bestimmungen des BGB. (§ 1666) auch die zivilrechtliche Unterlage gegeben ist. Es bestehen zurzeit in allen deutschen Staaten Zwangserziehungsgesetze, durch welche die Möglichkeit geschaffen worden ist, sittlich verwahrloste Kinder und jugendliche Verbrecher in besonderen Erziehungs- und Besserungsanstalten unterzubringen.

Der Arzt wird von dem Richter in immer steigendem Maße bei

[1]) Im Hinblick auf die im Jahre 1906 in vollem Umfange in Kraft getretene neue Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 halten wir es für geboten, die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen hier anzuführen und erläuternde Bemerkungen über ihre Handhabung beizufügen. Eine genaue Darstellung dieser praktisch bedeutsamen Fragen finden sich in dem Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie von Cramer (5 Aufl. 1903) und in dem von Hoche herausgegebenen großen „Handbuche der gerichtlichen Psychiatrie" 1901.

der strafrechtlichen Beurteilung jugendlicher Angeklagter herangezogen. Obgleich die Begriffsbestimmung „die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlung notwendige Einsicht“ keine psychiatrische, sondern eine rein juristische Formulierung darstellt, so wird sich der Sachverständige doch nicht der Aufgabe entziehen können, auf richterliches Erfordern diese Erkenntnisfähigkeit mit ärztlichem Maßstabe zu messen; er wird unter Umständen schon im Interesse einer richtigen Beurteilung des jugendlichen Angeklagten gezwungen sein, direkt auf Grund seiner ärztlichen Erfahrungen auszusprechen, ob bei einem Angeschuldigten die erforderliche Einsicht vorhanden ist oder nicht. Der Sachverständige hat die individuelle und Stammesgeschichte des jugendlichen Minderjährigen genau zu erforschen (S. 54—70 und S. 74 ff.) und im einzelnen nachzuweisen, inwieweit durch krankhafte Veranlagung und abnorme Entwicklung die geistige Ausreifung des Exploraten Schaden gelitten hat. Die Mehrzahl dieser jugendlichen Minderjährigen befindet sich in dem kritischen Alter der Pubertätsentwicklung, deren Bedeutung in den vorstehenden Abschnitten schärfer hervorgehoben wurde (vgl. spez. Psychiatrie: A. Hoche, geistige Schwächezustände). Doch wird der Sachverständige, selbst bei völliger Beherrschung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden und ausgiebiger Erfahrung gar nicht selten in die Lage kommen, ein ganz bestimmtes Urteil nicht abgeben zu können. Er stößt auf jugendliche Individuen, welche eine verhältnismäßig gute, ihrer Altersstufe entsprechende, intellektuelle Entwicklung besitzen, jedoch anderweitige krankhafte Züge, z. B. auf dem Gebiete des Affektlebens darbieten; besonders auffällig ist bei vielen dieser Individuen die abnorm rasche Ermüdbarkeit oder die Widerstandslosigkeit gegen körperliche und geistige Anstrengungen. Der Sachverständige hat deshalb immer die Pflicht, genau den geistigen Zustand zur Zeit der Begehung einer Straftat festzustellen und den körperlichen und geistigen Einflüssen nachzuspüren, welchen das jugendliche Individuum zur Zeit der Begehung seiner Straftat ausgesetzt war. Bei Mädchen ist ein besonderes Gewicht auf die Zeit der Menstruation zu legen.

Gemäß des § 58 steht die strafrechtliche Beurteilung der Taubstummen auf gleicher Stufe mit den Jugendlichen im Sinne des § 56.

§ 51. „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung seiner Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“

Die ärztlichen Aufgaben, welche dem Sachverständigen auf Grund dieses Paragraphen zufallen, beschränken sich streng genommen nur auf die Feststellung, ob ein Angeschuldigter sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung befand. Die Frage nach der freien Willensbestimmung ist vom Richter zu beantworten. Es liegen aber hier die Verhältnisse ganz ähnlich, wie bei der praktischen Handhabung des § 56; fast durchweg wird der Sachverständige vom Richter auch danach befragt, ob die Bewußtlosigkeit oder der krankhafte Zustand der Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung im vorliegenden Falle vernichtet hat. Der Arzt ist wohl befugt, die Beantwortung dieser Frage abzulehnen, er wird aber meist in die Lage versetzt, sie nach seiner persönlichen Ueberzeugung zu

beantworten, weil der Richter besonders bei schwieriger zu beurteilenden Geisteszuständen dieser Mitarbeit des Arztes gar nicht entraten kann, wenn er aus der Darstellung eines Krankheitsfalles die praktisch wichtige Nutzanwendung über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten ziehen will.

Ein Zustand von Bewußtlosigkeit im gesetzlichen Sinne kann als Teilerscheinung einer ausgesprochenen Geistesstörung vorhanden sein; dann wird der Sachverständige natürlich das Hauptgewicht auf die zugrunde liegende Geistesstörung und nicht auf den Bewußtseinszustand legen. Er wird deshalb nicht den juristisch formulierten Begriff der Bewußtlosigkeit, sondern die krankhafte Störung der Geistestätigkeit zur Grundlage seiner Beweisführung machen. Dagegen werden bei sonst geistig gesunden Personen unter dem Einfluß bestimmter Schädlichkeiten krankhafte Zustände beobachtet, — z. B. die akute Alkoholvergiftung (Trunkenheit)[1]) und andere Vergiftungen, die Fieberdelirien, die abnormen Zustände der Gebärenden, die Schlaftrunkenheit und das Nachtwandeln —, die dem Begriffe der Bewußtlosigkeit untergeordnet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der juristisch-technische Begriff der Bewußtlosigkeit sich mit dem medizinischen der Bewußtseinsstörung annähernd deckt. Ueber die psycho-pathologischen Grundlagen und die klinischen Erscheinungen dieser Bewußtseinsstörung vgl. S. 14 ff. In der Mitte zwischen diesen transitorischen Bewußtseinsstörungen bei sonst normaler geistiger Beschaffenheit und den ausgesprochenen Geistesstörungen stehen die großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie), bei welchen episodische Bewußtseinsveränderungen teils durch pathologische Affekterregungen verursacht, teils als paroxystische Krankheitsäußerungen des Grundleidens (hystero-somnambule Zustände, prä- und postparoxystische Bewußtseinsstörungen des Epileptikers, psychisch-epileptische Aequivalente) auftreten, während in den anfallsfreien Zeiten geistige Klarheit und Besonnenheit bestehen kann. Aber auch bei diesen Fällen wird man meist in der Lage sein, den Nachweis zu liefern, daß außerhalb dieser episodischen Krankheitszustände eine mehr oder weniger tiefgreifende Veränderung der psychischen Beschaffenheit vorliegt.

Einen viel breiteren Raum in der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit nimmt aber die Feststellung ein, ob eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit beim Angeschuldigten vorliegt. In erster Linie ist überhaupt die Frage zu lösen, ob eine ausgesprochene Geisteskrankheit im wissenschaftlich-medizinischen Sinne vorliegt zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung. Die weitere vom Richter vielfach erörterte Frage, ob die strafbare Handlung *unmittelbar* durch krankhafte geistige Vorgänge, *durch ganz bestimmte krankhafte Motive* verursacht sei, ist durchaus nicht immer vom Sachverständigen zu lösen, da uns vielfach die inneren Zusammenhänge zwischen den krankhaften Vorgängen verborgen bleiben. Schwierigkeiten erwachsen dem Sachverständigen in den Fällen, in welchen der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung der Tat zwar geisteskrank war, zur Zeit der Verhandlung und Beobachtung aber wieder genesen ist. Der Arzt muß dann meistens auf Grund höchst lückenhafter Laienaussagen sich ein Urteil über die früher vorhandene Geistesstörung bilden. Eine weitere Schwierigkeit bieten die *Grenz-*

---

[1]) Vergleiche die im Abschnitt: Alkoholpsychosen gegebene Darstellung des pathologischen Rausches.

zustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, bei welchen die Individuen gewissermaßen in der Mitte zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit stehen. Hierher gehören die geistig Beschränkten (Debilen), die mäßig schwachsinnigen Personen, vor allen diejenigen, bei welchen vorherrschend die ethische Entwicklung verkümmert ist (moralischer Schwachsinn, vgl. spez. Psychiatrie). Die Mehrzahl dieser „geistig minderwertigen Individuen" gehört zu der Gruppe der erblich Degenerierten, welche ein großes Kontingent der verbrecherischen Individuen, insbesondere der Gewohnheitsverbrecher, liefern. Hier ist allein aus der verbrecherischen Lebensführung, aus der Unfähigkeit, sich in die sozialen Einrichtungen einzufügen, der Schluß auf eine Geistesstörung nicht zu ziehen. Vielmehr muß nachgewiesen werden, daß auf dem Boden der Krankheitsanlage außer der verbrecherischen, antisozialen Lebensführung sich noch andere ausgesprochene neuro- resp. psychopathische Merkmale entwickelt haben; wir verweisen hier wiederum auf die Darstellung der Krankheitsäußerungen konstitutioneller psychopathischer Veranlagung (S. 56: in der Erblichkeitslehre) und heben hier nur noch besonders die Zwangszustände S. 28 ff.) hervor, welche gar nicht selten die unmittelbare Ursache krimineller Handlungen sind (z. B. Sittlichkeitsdelikte). Die vorhin erwähnte Gruppe der Neuropsychosen bietet ebenfalls zahlreiche Beispiele für diese Grenzzustände dar; dabei muß hervorgehoben werden, daß es durchaus nicht angängig ist, alle Fälle von Epilepsie oder Hysterie in die Rubrik der Geisteskranken im Sinne des § 51 des BGB. einzustellen; vielmehr muß in jedem einzelnen Falle erst festgestellt werden, daß das epileptische oder hysterische Grundleiden zu einer tiefergreifenden krankhaften Veränderung dauernd geführt hat (z. B. epileptischer Schwachsinn), oder daß zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung unter dem Einfluß bestimmter schädigender Momente eine vorübergehende krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 vorhanden gewesen ist. Ist dem Sachverständigen dieser Nachweis nicht möglich, so muß er entweder die Zurechnungsfähigkeit im strafrechtlichen Sinne einfach zuerkennen oder aussprechen, daß er zwar das Bestehen einer Geisteskrankheit nicht feststellen könne, daß aber ebensowenig der Nachweis der vollen geistigen Gesundheit zur Zeit der Tat zu führen sei. Dann ist das Gericht immer noch gemäß einer Reichsgerichtsentscheidung in der Lage, zugunsten des Angeklagten eine Entscheidung zu treffen.

Bei dieser Gelegenheit sei darauf aufmerksam gemacht, daß unser gegenwärtiges Strafgesetz den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, welcher bei vielen dieser Fälle angebracht wäre, nicht kennt. Es ist begründete Hoffnung vorhanden, daß die im Fluß befindliche Reform der Strafgesetzgebung diese Lücke ausfüllen wird. Es bleibt dem Arzt zurzeit vielfach nur übrig, bei der Beurteilung derartiger Grenzfälle die psychopathische Eigenart des Angeschuldigten, seine krankhafte Affekterregbarkeit, seine erhöhte Beeinflußbarkeit, seine exzessive Phantasietätigkeit (Pseudologia phantastica), seine Widerstandslosigkeit gegen Alkohol u. a. m. dem Richter zu unterbreiten und klar zu legen, daß diese Züge zweifellos krankhaft sind, aber nicht zu einer ausgesprochenen Geistesstörung geführt haben. Dann wird der Richter in der Lage sein, die Annahme mildernder Umstände zu verwerten. Schließlich bemerken wir, daß neben der krankhaften konstitutionellen Anlage auch während des Individuallebens erworbene „Minderwertigkeiten" zur Bildung solcher

Grenzzustände führen können. So können langwierige körperliche Erkrankungen, Kopfverletzungen, chronische Vergiftungen mit Alkohol, Morphium, Kokain usw. eine Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und verringerte Widerstandskraft gegen strafbare Antriebe hervorrufen.

Auf andere Paragraphen des StGB., welche die Zuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen bedingen können, kann hier nicht eingegangen werden, wir fügen sie der Vollständigkeit halber nur bei.

§ 176. Absatz 2: „Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht."

§ 177: „Mit Zuchthaus wird bestraft, wer . . . . eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat."

§ 224: „Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte . . . . in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen."

§ 225: „War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von 2 bis zu 10 Jahren zu erkennen."

B. Die zivilrechtliche Begutachtung des Geisteskranken.

Die Entmündigung (auf Grund des bürgerl. Gesetzbuches).

§ 6. Absatz 1. „Entmündigt kann werden: Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag." — Für den ärztlichen Sachverständigen kommt nur dieser Absatz 1. in Betracht, da die Zuziehung eines Sachverständigen bei Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht gesetzlich nicht erforderlich ist. Doch wird unter Umständen der Arzt auch beim einfachen, nicht geisteskranken Trinker vom Richter zur Begutachtung herangezogen, um die vielfach schwierige Frage zur Lösung zu bringen, ob einfache Trunksucht, d. h. jener zweifellos krankhafte Zwang, zu trinken, besteht und in seinen körperlichen und geistigen Folgeerscheinungen nachweisbar ist, oder ob schon durch die Trunksucht tiefergreifende geistige Störungen verursacht sind (Alkohol-Psychosen). Im letzteren Falle wird die Entmündigung nicht wegen Trunksucht, sondern wegen Geisteskrankheit resp. Geistesschwäche in Frage kommen. Fassen wir die Begriffe der Geisteskrankheit und der Geistesschwäche näher ins Auge, so ist leicht erkennbar, daß sie im juristisch-technischen und nicht im medizinischen Sinne hier verwandt sind. Sie sollen nur graduelle Unterschiede wissenschaftlich feststehender Geistesstörungen zum Ausdruck bringen, nicht den Grund und die Art der geistigen Erkrankung (Moeli, A. Cramer). Sie gewinnen ihre volle Bedeutung erst durch die beigefügte Erklärung, daß der Psychisch-Kranke seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Ein volles Verständnis für diese graduellen Abstufungen der geistigen Störungen wird nur erlangt, wenn der § 104 des BGB. zur Unterscheidung der Geisteskrankheit und der Geistesschwäche mit herangezogen wird. Der Geisteskranke besitzt volle Geschäftsunfähigkeit. Diese tritt nach dem § 104 ein bei einem die freie Willensbestimmung aus-

schließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Der Geisteskranke wird hier hinsichtlich seiner Geschäftsfähigkeit dem Kinde unter 7 Jahren gleichgestellt. Der Geistesschwache im Sinne des Gesetzes ist dagegen dem Minderjährigen gleichgestellt und besitzt noch eine beschränkte Geschäftsfähigkeit. Der Sachverständige hat also in erster Linie festzustellen, ob eine schwere mit einer tiefgreifenden Zerrüttung der Geisteskräfte verbundene Geisteskrankheit vorliegt, welche dem Patienten jegliche Willensbestimmung unmöglich macht. Dann wird die Entmündigung wegen Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes notwendig sein. In allen denjenigen Fällen aber, in welchen eine so völlige Zerrüttung der geistigen Kräfte nicht vorliegt, wird nur der leichtere Grad der verminderten Geschäftsfähigkeit vorliegen und dementsprechend Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes anzunehmen sein. Auch bei der zivilrechtlichen Begutachtung hat streng genommen der Sachverständige in seinem Gutachten nur die Art und den Grad der geistigen Störung, sowie ihre Wirkung auf die Willenshandlungen des Exploraten dem Richter vorzutragen; die Entscheidung, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, muß der Richter auf Grund des vorgetragenen Materials treffen. Die praktische Handhabung dieser gesetzlichen Bestimmungen hat sich beim Entmündigungsverfahren aber so gestaltet, daß fast durchweg der Arzt befragt wird, ob die vorliegende Geistesstörung Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im gesetzlichen Sinne bedinge. Aber nicht allein die Feststellung der Geisteskrankheit oder Geistesschwäche genügt, wie wir gesehen haben, zur Entmündigung; der Patient muß außerstande sein, seine Angelegenheiten zu besorgen, und da ist es wichtig, zu wissen, daß darunter nicht nur die Vermögensangelegenheiten zu verstehen sind, sondern die Gesamtheit aller Beziehungen des einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und der Gesellschaft (E. Schultze).

Auf die rechtlichen Folgen der beschränkten Geschäftsfähigkeit des wegen Geistesschwäche Entmündigten kann hier nicht näher eingegangen werden, es sei auf die §§ 107—114 des BGB. verwiesen. Doch mag hier noch auf § 2229 Absatz 3 aufmerksam gemacht werden, nach welchem ein wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht Entmündigter ein Testament nicht errichten kann.

In allen jenen Fällen, in welchen der Sachverständige und der Richter nicht zu der Ueberzeugung gelangen, daß die Voraussetzung des § 6 selbst bei zweifellos vorhandener geistiger Erkrankung gegeben ist (z. B. bei Imbezillität mäßigen Grades oder bei umschriebenen geistigen Defekten der Hirnsyphilis oder nach Apoplexien), kann, um dem Patienten einen Schutz gegen materielle Ausbeutung zu gewähren, die Pflegschaft (vgl. § 1910 Absatz 2 des BGB.) errichtet werden. Im wesentlichen handelt es sich um den Nachweis, daß ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Auch bei leichten, beginnenden Geistesstörungen oder bei protrahiertem Rekonvaleszenzstadium sollte von dieser Form des Rechtsschutzes des Geisteskranken möglichst ausgiebig Gebrauch gemacht werden. Nach Entscheidungen des Reichsgerichts kann sogar für Geisteskranke, welche ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen, eine Pfleg-

schaft errichtet werden, selbst wenn nur für einzelne Angelegenheiten ein Pfleger zu bestellen ist.

Zum Schlusse sei auf § 1569 hingewiesen; dort sind die Bedingungen genauer formuliert, unter welchen die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit erfolgen kann. Er lautet: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist."

Es ist hier ausgesprochen:

1. Ehescheidung ist nur möglich, wenn Geisteskrankheit in juristisch-technischem Sinne vorliegt; ein wegen Geistesschwäche entmündigter Geisteskranker kann also nicht geschieden werden.

2. Die Geisteskrankheit muß mindestens 3 Jahre gedauert haben. Eine der wesentlichsten Aufgaben des Sachverständigen liegt in der Feststellung der Zeitdauer der Geisteskrankheit. Er hat auf Grund seiner Erhebungen die Frage nach dem Beginn der geistigen Störung zu beantworten und nachzuweisen, daß ein- und dieselbe Krankheit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat. Nicht notwendig ist aber die Feststellung, daß diese Geisteskrankheit (im wissenschaftlich-psychiatrischen Sinne) schon 3 Jahre lang eine Geisteskrankheit im juristischen Sinne sei; sie braucht sich nur im Laufe dieser Zeit zu dieser Höhe entwickelt haben.

3. Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten muß aufgehoben sein: in dieser Bestimmung liegt die größte Schwierigkeit für den Sachverständigen. Denn die Ausschließung der geistigen Gemeinschaft ist eine weite und — man muß offen sagen — äußerst dehnbare Begriffsbestimmung. Man wird sich deshalb möglichst genau an die Judikatur des Reichsgerichts zu halten haben: „Damit (die Ausschließung der geistigen Gemeinschaft) ist offenbar eine höhere Gemeinschaft als das bloße Zusammenleben der Eheleute gemeint, nämlich eine solche, bei der diese zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind." Es ist also viel zu weitgehend, wenn dieser Verlust der geistigen Gemeinschaft nur bei einer völligen Verblödung („geistiger Tod") angenommen wird. Es genügt schon, wenn der geisteskranke Ehegatte nicht mehr das Bewußtsein gemeinsamer Interessen und nicht mehr den Willen besitzt, sich in den Dienst dieser gemeinsamen Interessen zu stellen.

4. Endlich muß der Sachverständige aussprechen können, daß diese Ausschließung der geistigen Gemeinschaft eine dauernde ist. Hier ist die größte Vorsicht geboten; hochgradiger angeborener Schwachsinn oder ausgeprägte erworbene Verblödungen lassen diesen Schluß auf eine unheilbare dauernde Geisteskrankheit im Sinne dieser gesetzlichen Bestimmung mit Leichtigkeit zu, ebenso die organischen Gehirnerkrankungen mit fortschreitender Verblödung (Dementia paralytica, Dementia senilis, Dementia epileptica). Viel schwieriger sind die Fälle der alkoholistischen und hysterischen Geistesstörungen, sowie die paranoischen Zustände im Hinblick auf diese gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Wenn auch die Krankheitsdauer von 3 Jahren bei voll ausgeprägten, mit schwerer geistiger Verwirrtheit oder mit ausgesprochenen geistigen Schwächezuständen einhergehenden Fällen dieser Art eine größere Sicherheit gewährt, so darf doch nicht

vergessen werden, daß Spätheilungen selbst bei schweren Geisteskrankheiten vorkommen. Es sind Fälle bekannt gegeben worden, in welchen sogar nach einem Anstaltsaufenthalt von 20 Jahren völlige Genesung eintrat (Kreuser). Wir haben hier eine Kranke mit anscheinend chronischer halluzinatorischer Erregung und ausgeprägter (sekundärer) Wahnbildung beobachtet, die nach schwerer Commotio cerebri (Sturz aus dem Fenster in selbstmörderischer Absicht) sich geistig völlig klärte und in der Folge andauernd von Halluzinationen befreit war. Die Krankheit hatte schon 6—7 Jahre ganz unverändert bestanden.

Spezielle Psychiatrie.

Die Manie.

Von

A. Westphal, Bonn.

Symptomatologie und Verlauf.

Wir verstehen unter Manie eine Geistesstörung, deren wesentliche Symptome in **heiterer Verstimmung** mit Neigung zu raschem **Stimmungswechsel, Erleichterung des Ablaufs der Vorstellungen, Ablenkbarkeit** der Aufmerksamkeit und vermehrtem **Bewegungsdrang** bestehen. Die Krankheit wird in der großen Mehrzahl der Fälle durch ein sich über Tage bis Wochen ausdehnendes Vorstadium eingeleitet, in welchem die Stimmung eine ängstlich gedrückte oder reizbare ist, unbestimmtes Krankheitsgefühl besteht, das Denken erschwert ist.

Von körperlichen Erscheinungen pflegt in dieser Zeit Appetit und Verdauung darnieder zu liegen, der Schlaf fängt an schlecht zu werden, Kopfschmerzen, Gefühl von Benommenheit, sowie mannigfache abnorme Sensationen an den verschiedensten Körperstellen treten auf. Dieses Initialstadium der Krankheit führt mitunter plötzlich, mitunter allmählich im Verlauf von Tagen bis Wochen in das Hauptstadium hinüber. Der Zustand des Kranken erscheint völlig verändert; die traurige, gedrückte Stimmung ist verschwunden, an ihre Stelle sind gesteigerte Gefühle der Lust, des körperlichen und geistigen Wohlbefindens getreten. Die heitere Stimmung ist aber häufig eine labile, sie macht nicht selten vorübergehend einem weinerlichen oder gereizten Verhalten Platz.

Während dem Kranken in dem Vorstadium der Krankheit jede Arbeit erschwert schien oder unmöglich war, fühlt er sich während der heiteren Exaltation leistungsfähiger und schaffensfreudiger als jemals. Seine eigene Lage, die ganze Welt erscheint ihm im rosigsten Lichte, er neigt zu prahlerischem Hervorheben und Uebertreiben seiner vermeintlichen geistigen oder körperlichen Vorzüge. Der Gesichtsausdruck ist heiter, ausgelassen, mitunter zornig oder gereizt, entsprechend der Stimmung, die mir ein Maniakus in diesem Stadium als „niederträchtig lustig“ bezeichnete. An Stelle der vorausgegangenen Hemmung des Denkens ist eine deutliche, von dem Kranken angenehm empfundene Erleichterung des Vor-

stellungsablaufes getreten. Die in buntem Wechsel auftauchenden Ideen sind außerordentlich flüchtig, von sehr kurzer Dauer. Jeder Gedanke, jeder Einfall des Kranken wird sofort von ihm ausgesprochen. Die Kranken kommen bei ihren Reden vom Hundertsten ins Tausendste, schweifen ab, sind nicht imstande, den Zielpunkt einer Vorstellungsreihe im Auge zu behalten. Die Ungeordnetheit des Gedankenganges wird noch gesteigert durch die Eigenschaft der Kranken, auffallenden äußeren Eindrücken aus ihrer Umgebung sofort ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, abzuspringen in ihrem Redefluß, um mit ihren sprachlichen Aeußerungen unmittelbar an das, was sie gerade hören oder sehen, anzuknüpfen. Diese erhöhte Beeinflußbarkeit und Ablenkbarkeit durch die verschiedenartigsten Reize ist ebenso wie die Neigung des Kranken zu Reimen, Wortwitzen, Alliterationen, zu den mannigfachsten Aehnlichkeitsassoziationen auf den erleichterten Vorstellungsablauf und die zwar lebhaft gesteigerte, aber außerordentlich unbeständige Aufmerksamkeit der Kranken zurückzuführen.

Die für die Manie charakteristische Störung des Gedankenganges, welche beruht auf der Flüchtigkeit und Ablenkbarkeit der Vorstellungen bei dem Fehlen bestimmter Zielvorstellungen, wird **Ideenflucht** genannt. Eine Probe manischer Ideenflucht geben folgende Nachschriften:

„Zuerst kommt der Staat und die Kirche, dann das Militär, dann die Seefahrer. Das Militär hat blanke Knöpfe. Ich bin Gegner von Nietzsche, Anti-Nietzsche . . . Die Zeit ist eine Erscheinung der Ewigkeit . . . Bebel hat recht, Harnack hat recht, die Tuberkulose entsteht durch Unsittlichkeit“ oder „Am 1. Januar 1814 überschritt Blücher, der Husarengeneral, den Rhein. Husaren, was blasen die Trompeten, Ersatz Ziethen, 1870 hatten die Ulanen in einer Schlacht mit Frankreich die Entscheidung, der Interimsdom in Berlin ist der Schlußstein des Werkes von Rom — Franzosen mit roten Hosen, natürlich meine ich die roten Mützen damit, die Türken“ usw.

Der vermehrte Bewegungsdrang, den wir als weiteres Kardinalsymptom der Manie bezeichneten, tritt in den meisten Fällen zunächst als ausgesprochener Mitteilungs- und Rededrang hervor. Alsbald pflegt sich die motorische Erregung auch nach anderen Richtungen bemerkbar zu machen. Das Mienenspiel, die Bewegungen werden lebhafter als in der gesunden Zeit. Die Kranken zeigen einen erhöhten Tätigkeitsdrang, fangen an auffallend viel zu schreiben, überschwängliche Briefe mit zahllosen Ausrufungszeichen und Unterstreichungen zu verfassen, in denen sich ihre gehobene Stimmung deutlich widerspiegelt.

Bei einem von mir beobachteten jugendlichen Maniakus sprach sich das gehobene Selbstgefühl in seinen Briefen zuerst darin aus, daß er den Anfangsbuchstaben von „ich“ stets groß (J) schrieb.

Weiter werden unnötige Einkäufe gemacht, Geld verschwendet, nicht motivierte Reisen unternommen. Das gehobene Selbstgefühl, die allgemeine Steigerung der Erregbarkeit der Manie ist häufig mit einer Steigerung des Geschlechtstriebes verbunden, deren Folgen bei beiden Geschlechtern oft in auffallender Weise zutage treten, zumal die normalen Hemmungen fortfallen, „eine Nivellierung der im gesunden Zustand überwertigen Vorstellungsgruppen“ einzutreten pflegt. Bei Männern ist dieser sexuelle Erregungszustand in der Regel mit einem gesteigerten Bedürfnis nach alkoholischen Exzitationsmitteln verbunden. Früher solide Familienväter tragen keine Scheu, übel berüchtigte Kneiplokale aufzusuchen, Verhältnisse

mit zweifelhaften Frauenzimmern anzuknüpfen, während sich beim weiblichen Geschlecht die Erregung gewöhnlich in der gesteigerten Neigung zu kokettieren, sich zu putzen, erotische Gespräche zu führen, dokumentiert.

Während des Bestehens dieser Symptome können die besonnenen, nicht verwirrten Kranken ihrer Umgebung einen normalen Eindruck machen, da sie ein gutes Gedächtnis zeigen, mit sprudelndem Redefluß ihr Benehmen zu rechtfertigen wissen, Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen nicht zu bestehen pflegen, so daß diese leichte Form der manischen Erregung (Hypomanie) früher mit dem Namen der „folie raisonnante" (Geistesstörung mit dem Anschein der Vernünftigkeit oder Irresein ohne Verstandesstörung) bezeichnet wurde.

Das in der Regel blühende Aussehen dieser Kranken, der lebhafte Blick in Verbindung mit den schlagfertigen, auf Kosten der Umgebung witzelnden, scheinbar aus einer gesteigerten Beobachtungsgabe entspringenden Aeußerungen, läßt mitunter fälschlich auf eine besonders gute geistige Leistungsfähigkeit der Kranken schließen. Eine genauere Prüfung indessen lehrt, daß die Erleichterung des Vorstellungsablaufes keineswegs mit einer Vertiefung desselben Hand in Hand geht. Die schnippischen Bemerkungen und Witze dieser Kranken sind sehr oberflächlich, nichtssagend, das ideenflüchtige Geplauder läßt eine entschiedene Gedankenarmut erkennen, bewegt sich auf dem Gebiete der Klang- und Aehnlichkeitsassoziationen, erinnert an die Redeweise leicht angetrunkener Personen, mit denen die Kranken nicht selten verwechselt werden. Eine Einsicht in das Krankhafte ihres Zustandes ist bei den Patienten nicht vorhanden. Unter den körperlichen Symptomen ist die Störung des Schlafes die konstanteste und wichtigste Erscheinung. Der Schlaf ist schon bei diesen leichteren Erkrankungsformen unruhig und von zu kurzer Dauer. Die Nahrungsaufnahme ist bei der Hypomanie nicht selten eine reichliche, so daß während dieses Stadiums das Körpergewicht häufig ansteigt.

Von diesen leichteren Formen der Manie führen fließende Uebergänge zu den **schweren Formen** hinüber.

Die verschiedenartigsten graduellen Abstufungen der Schwere der Erkrankung finden sich nicht nur bei den verschiedenen Krankheitsfällen vor, sie kommen mitunter in verschiedenen Stadien einer einzelnen Erkrankung zur Beobachtung.

Die heitere Erregung erreicht bei den schwereren Fällen von Manie sehr hohe Grade. Die Kranken schwelgen förmlich in ihrem Glücks- und gehobenem Selbstgefühl. So sagte einer meiner Kranken: „Ich bin sehr lustig, die Gedanken schießen mir nur so durch den Kopf, ich habe Hohenzollerngedanken." Mannigfache Wahnvorstellungen, besonders Größen- und Ueberschätzungsideen pflegen aufzutreten. Die Kranken fühlen sich sehr reich, besitzen Millionen, die schönsten Schlösser, haben große Erfindungen gemacht, sind General, Feldmarschall usw. Weibliche Kranke besitzen Dutzende der feinsten Kleider, köstlichen Schmuck, zahlreiche niedliche Kinder, schöne Prinzen usw. Diese Wahnvorstellungen pflegen flüchtiger Natur zu sein, in ideenflüchtiger, abspringender Weise vorgebracht zu werden, um mit Nachlaß der heiteren Erregung abzublassen und zu verschwinden. Die Unbeständigkeit der Wahnvorstellungen geht schon daraus hervor, daß die Kranken in kurzen ruhigeren Intervallen, welche sich in die Zeit der Erregung einschieben, nicht selten die von ihnen vorge-

brachten Größenideen als Scherze oder Einfälle mitunter in sich selbst ironisierender Weise behandeln.

Sinnestäuschungen können während des ganzen Verlaufs der Manie fehlen, wie fast regelmäßig bei den leichteren Verlaufsweisen (Hypomanie), in anderen Fällen sind sie bald vereinzelt, bald in reichlicherer Menge vorhanden. Halluzinationen und Illusionen des Gesichtssinns überwiegen bei manchen Kranken, aber auch die verschiedensten anderen Sinnestäuschungen kommen nicht selten zur Beobachtung. Die Kranken sehen Fratzen an den Wänden oder wechselnde Erscheinungen nicht selten erotischer Färbung, sie suchen nach Schlangen in den Betten, hören Schießen, Musik, Glockengeläute, sie werden elektrisiert, gespiegelt, riechen Schwefel, Phosphordämpfe, das Essen schmeckt nach Rattengift usw. Noch lebhafter wie bei der Mania mitis (Hypomanie) tritt bei den schweren Formen dieser Krankheit der Stimmungswechsel mit gesteigerter Reizbarkeit hervor. Ohne jede äußere Veranlassung oder bei dem geringsten Hindernis, welches dem Kranken in seinem Bewegungsdrang entgegentritt, schlägt häufig die expansiv heitere Stimmung in hochgradige zornmütige Erregung um. In diesen Wutausbrüchen verübt der Kranke rücksichtslose Angriffe auf seine Umgebung, zerschlägt, was ihm in den Weg kommt, eine Flut der gemeinsten Schimpfreden von sich gebend. Manche dieser Kranken sind durch ihr nörgelndes, mit allem unzufriedenes Wesen für ihre Umgebung besonders unangenehm und gehören durch ihre Neigung, andere Kranke zu verhöhnen, Unfrieden zu stiften, auf den Abteilungen zu den unleidlichsten Patienten. In einzelnen Fällen überwiegen die zornigen Affekte die heitere Erregung während längerer Phasen des Krankheitsverlaufes und werden diese Zustände als zornmütige Manie (Mania furiosa) bezeichnet. So können während der Manie Zeiten heiterster Erregung und jubelnder Stimmung mit Phasen wilden Tobens, Brüllens und Schreiens in mannigfacher Weise abwechseln. Auch die Wahnvorstellungen bewahren nicht immer ihren expansiven Charakter, machen bei ängstlicher und zorniger Erregung Verfolgungsideen oder hypochondrischen Vorstellungen vorübergehend Platz.

Der Bewegungsdrang, welcher sich in den Fällen leichter Manie noch in gewissen, an das normale Verhalten streifenden Grenzen hält, erfährt bei den schweren Formen die hochgradigste Steigerung bis zur „Tobsucht“. Die Kranken tanzen und springen umher, sind keinen Augenblick ruhig, zerraufen sich die Haare, zupfen und ordnen an ihren Kleidern, gestikulieren. Bei vielen Kranken pflegen die Bewegungen von gewissen Vorstellungen und Stimmungen beherrscht zu werden; die Bewegungen haben etwas Theatralisches, sie scheinen bestimmte Empfindungen, Affekte, Absichten zum Ausdruck bringen zu wollen; so machen die Kranken drohende, abwehrende oder auch freudig begrüßende Bewegungen und Gebärden. In den schwersten Fällen ist die motorische Unruhe mitunter anscheinend eine regellose. Die Kranken wälzen sich herum, verdrehen den Rumpf, machen mit Armen und Beinen zappelnde, ungeordnete Bewegungen, die mit der choreatischen Bewegungsstörung Aehnlichkeit haben können (choreiforme Bewegungsunruhe).

In dem wilden, ungestümen Bewegungsdrang treten Bewegungen und Handlungen auf, welche auf die in diesem Stadium der Krankheit oft hochgradig gesteigerte sexuelle Erregbarkeit zurückzuführen

sind. Oeffentliches Onanieren, Koitusbewegungen, bei Frauen Zerreißen der Kleider, Auflösen und Zerraufen der Haare, schamloses Entblößen vor männlichen Personen, wohl auch das Schmieren mit Kot, Urin, Menstrualblut, beständiges Ausspucken, werden mitunter durch ungezügelte sexuelle Antriebe hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß den Kranken bei der Leichtigkeit, mit der die motorischen Impulse erfolgen, jedes Ermüdungsgefühl zu fehlen pflegt, obwohl der übermächtige Bewegungsdrang mit kurzen Unterbrechungen monatelang bestehen kann.

Die schwereren, mit zahlreichen Sinnestäuschungen verlaufenden Fälle sind auf der Höhe der manischen Erregung nicht selten verwirrt — zeitlich und örtlich unorientiert. Die Kranken verkennen ihre Umgebung, glauben in Aerzten und Mitkranken alte Bekannte vor sich zu sehen. Oberflächliche, äußerliche Aehnlichkeiten spielen bei diesen Verkennungen häufig eine Rolle, in anderen Fällen handelt es sich wohl nur um die Neigung der Kranken zu scherzhaften Bemerkungen und Witzen. Die sinnlosen, inkohärenten Reden dieser Kranken werden als ideenflüchtige Verwirrtheit und das durch dieselbe charakterisierte Krankheitsbild als Manie mit Verwirrtheit oder als verworrene Manie bezeichnet.

Ein Beispiel ideenflüchtiger Verwirrtheit gibt folgende Probe:

„Blutstropfen wollte ich haben, da sind die Wege der Welt gerichtet. Wie viel karrätig? Wollen Sie mich verlassen. Sie sind kein Kater, eine gesunde Kehle, ein gesunder Leib und eine gesunde Seele. Tesla-Licht, Markoni. Sie haben wieder etwas telegraphiert, wenn Sie mich anspucken, sind Sie erlöst. Vater mir ist wieder so. Leonore fuhr ums Morgenrot — Katzenschwanz, sehen Sie wohl den Affen, Affenheilkunst, Affenmensch, la Paloma, die weiße Taube usw."

In diesen Stadien der manischen Erregung besteht häufig anhaltende Schlaflosigkeit; die Nahrungsaufnahme ist eine ungenügende, das Körpergewicht sinkt oft erheblich. In manchen Fällen wird Albuminurie oder Peptonurie beobachtet.

Infolge des andauernden Sprechens und Schreiens werden Lippen und Zunge der Kranken trocken, borkig, die Stimme heiser und rauh.

Allmählich, gewöhnlich unter mannigfachen Remissionen und Exazerbationen pflegt die manische Erregung abzuklingen. Als erste günstige Erscheinung wird der Schlaf besser, die Nahrungsaufnahme bei Nachlaß der motorischen Unruhe regelmäßiger und reichlicher. Die Kranken werden zunächst nur vorübergehend zugänglicher, besser zu fixieren, weniger ideenflüchtig und abschweifend in ihren Reden. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, wenn sie vorhanden gewesen sind, schwinden. Die Stimmung bleibt noch längere Zeit eine heitere, ausgelassene, nicht selten mit den Zeichen einer eigenartigen törichten Geschwätzigkeit (Moria), macht aber dann in der Regel einem veränderten, auffallend gedrückten Verhalten Platz. Die Kranken erscheinen in diesem Nachstadium der Manie weinerlich, reizbar, zu Zornesausbrüchen geneigt, fühlen sich außerordentlich matt, an Stelle der frohen Schaffensfreudigkeit ist ein verzagtes, kleinmütiges Wesen mit der Neigung zu allerhand Selbstanklagen getreten. Erst allmählich unter stetigem, oft recht erheblichem Ansteigen des Körpergewichts pflegt dieser depressive Zustand zu verschwinden und zur Genesung zu führen.

Die Dauer der manischen Erregung kann eine sehr verschiedene sein; in der Mehrzahl der Fälle zieht sie sich über eine

Reihe von Monaten hin, aber auch eine Dauer von einem oder mehrerenJahren gehört nicht zu den ungewöhnlichen Vorkommnissen.

Prognose und Ausgänge.

Bei der Stellung der Prognose der Manie ist die Frage nach dem Ausgang der einfachen Manie, wie wir sie geschildert haben, streng von der Frage, ob dauernde Heilung zu erwarten oder Neigung zu Rezidiven besteht, zu trennen und folgende Gesichtspunkte hierbei im Auge zu behalten:

Die Manie ist diejenige Geisteskrankheit, welche wohl von allen Psychosen die größte Neigung zu Wiederholungen besitzt. Nur in seltenen Fällen bleibt es bei einem einmaligen Anfall im Leben bewendet, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen kommt es in längeren Zwischenräumen zu Rezidiven oder aber es treten häufige Anfälle, bald in regelmäßigen Intervallen, bald in unregelmäßig miteinander abwechselnden Perioden geistiger Gesundheit und Krankheit auf (vgl. Kapitel „Periodische Geistesstörungen"). Die einzelne Erkrankung als solche bietet für völlige Herstellung die besten Aussichten dar. Mit wenigen Ausnahmen pflegt der Anfall von Manie nach längerer oder kürzerer Zeit in Genesung überzugehen. Die Ausnahmen werden zunächst durch Fälle gebildet, bei denen der Tod durch zufällige Komplikationen, durch Erschöpfung oder durch Verletzungen eintritt, welche sich die Kranken auf der Höhe der tobsüchtigen Erregung und Verwirrtheit unter Umständen zuziehen können. Bei der Schwierigkeit der chirurgischen Behandlung stark erregter und unreiner Kranken geben mitunter schon leichte Verletzungen den Ausgangspunkt einer allgemeinen septischen Infektion. Es führen ferner in manchen Fällen Kontusionen, die mit Zerstörungen des Fettgewebes oder Eiterungen einhergehen, zum Tode durch Fettembolie der feineren Lungengefäße.

Der Ausgang der Manie in geistige Schwächezustände, welche die Bezeichnung Demenz verdienen, ist ein sehr seltener; etwas häufiger kommen Fälle vor, die eine leichte Abnahme der geistigen Fähigkeiten, der Urteilskraft und des Gedächtnisses dauernd aufweisen, keine Krankheitseinsicht zeigen und in abgeblaßten Farben manische Symptome noch lange Zeit erkennen lassen. Das läppische ideenflüchtige Faseln dieser Kranken bei leichter motorischer Unruhe erinnert mitunter an die beim Abklingen der manischen Erregung vorkommenden moriaartigen Krankheitsphasen. Eine Verwechselung dieser Zustände kann zu prognostischen Irrtümern Veranlassung geben. Man tut gut, in der Annahme eines sekundären schwachsinnigen Zustandes bei der Beurteilung auch sich über lange Zeit erstreckender Manien recht vorsichtig zu sein, da die Erfahrung lehrt, daß selbst Manien nach jahrelangem Bestehen keine Intelligenzdefekte aufzuweisen brauchen.

Eine besondere, seltene Verlaufsart der Manie, deren Entstehung aus der „akuten, reinen Manie" nicht allgemein anerkannt ist, die chronische Manie, stellt den Ausgang der Krankheit in einen völlig stabilen Zustand dar, der die Symptome der manischen Erregung in der Regel in ihrer leichteren Form bis zum Lebensende ohne wesentliche Intelligenzdefekte erkennen läßt.

So beobachtete ich zurzeit eine Kranke, die seit über 10 Jahren das ausgesprochene Krankheitsbild der Manie ohne Uebergang in Demenz zeigt. Bemerkenswerterweise ist die

Mutter dieser Patientin nach siebenjähriger Psychose (wahrscheinlich Manie) völlig genesen und hat ein hohes, gesundes Alter erreicht.

Aetiologie.

Eine sehr wesentliche Rolle in der Aetiologie der Manie kommt der hereditären Anlage, sowohl einer allgemeinen Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems in der Familie, wie der gleichartigen Vererbung zu. Wenn nun auch in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen hereditäre Belastung vorliegt, gibt es zweifellos Erkrankungen an Manie, in denen eine erbliche Anlage nicht nachweisbar ist. Nicht selten kommt die Erkrankung im Anschluß an psychische oder körperliche Schädlichkeiten der verschiedensten Art zum Ausbruch. Unter den psychischen Einflüssen sind starke Gemütserschütterungen, Schreck, geistige Ueberanstrengungen von Bedeutung, unter den somatischen Schädlichkeiten werden Traumen des Kopfes, Insolationen, auch Herzkrankheiten beschuldigt. Der Einfluß der akuten Infektionskrankheiten sowie von Inanitionszuständen auf die Entstehung der Manie ist vielfach überschätzt worden, wenn auch diese Schädlichkeiten in manchen Fällen dem Ausbruch einer Manie vorausgehen können. Nicht zweifelhaft ist es, daß die mannigfachen, mit dem Geschlechtsleben des Weibes zusammenhängenden körperlichen Zustände (Menstruation, Wochenbett, Laktation) den Anstoß zur Entstehung der Manie in einer Reihe von Fällen geben. Vielleicht ist hierauf der Umstand, daß Frauen häufiger als Männer an Manie erkranken, zurückzuführen. Begünstigt scheint der Ausbruch der Krankheit durch das Zusammentreffen mehrerer der erwähnten Schädlichkeiten zu werden.

Von den Altersstufen wird das jugendliche Alter (15 bis 25 Jahre) von der Manie in ausgesprochener Weise bevorzugt, es wurden aber schon Fälle dieser Erkrankung bei Kindern unter 12 Jahren beobachtet.

Der Beginn einer Manie als erster Anfall in den mittleren Lebensjahren und den höheren Altersstufen gehört zu den Ausnahmen.

Diagnose.

Praktisch ist bei der völlig verschiedenen Prognose beider Krankheiten die Trennung der Manie von den Erregungszuständen im agitierten Stadium der Dementia paralytica von größter Wichtigkeit. Die Merkmale der zunehmenden geistigen Schwäche, welche alle psychischen Symptome der Paralyse beherrschen, geben uns, in Verbindung mit dem Nachweis von körperlichen Lähmungserscheinungen der Paralyse, die Möglichkeit, die manische und paralytische Exaltation, welche einander äußerlich sehr ähnlich verlaufen können, zu unterscheiden.

Während der Größenwahn des Maniakus mit der heiteren Erregung Hand in Hand geht, auf der Höhe derselben mitunter sehr weitgehende Dimensionen annehmen kann, um mit dem Nachlassen der Euphorie zu verschwinden, tragen die Größenvorstellungen des Paralytikers von vornherein den Stempel der geistigen Schwäche. Schon bei leichter Erregung werden die allerunsinnigsten, phantastischen Größenvorstellungen oft in eigentümlich affektloser Weise vorgebracht; es können ferner dem Kranken mit Leichtigkeit beliebige Größen- oder auch Kleinheitswahnvorstellungen fast gleichzeitig

suggeriert werden. Diese erhöhte Suggestibilität in Verbindung mit großer Lenkbarkeit des Patienten tritt in vielen Fällen von Paralyse in auffallenden Gegensatz zu dem selbständigeren, lebhaften und humorvollen Wesen des Maniakus hervor, der seine Größenideen in mehr scherzender Weise vorzubringen pflegt. Gesellen sich dem dementen Größenwahn noch andere Zeichen geistiger Schwäche, besonders Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, hinzu, so wird die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes sehr wahrscheinlich. Der eigentümlich stumpfe, leere Gesichtsausdruck, den Paralytiker oft trotz bestehender Erregung zeigen, kann, im Gegensatz zu dem belebten Mienenspiel des Maniakus, auch für die Diagnose „Paralyse" in die Wagschale fallen. Gesichert wird dieselbe durch den gleichzeitigen Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vgl. Kapitel „Paralyse"), unter denen an Wichtigkeit die erste Stelle einnehmen die Sprachstörung (Silbenstolpern, hesitierende, verwaschene Sprache), reflektorische Pupillenstarre oder träge Reaktion der Pupillen und Fehlen der Kniephänomene.[1]) Hat die eingehende körperliche Untersuchung, die bei erregten Kranken nicht selten auf große Schwierigkeiten stößt, den Nachweis auch nur eines der erwähnten Symptome in unzweifelhafter Weise ergeben, und sind andere Erklärungen für diese Anomalien (z. B. neuritische Affektionen für das Fehlen der Kniephänomene) auszuschließen, so muß die Annahme einer einfachen Manie fallen gelassen, und die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes gestellt werden.

In vielen Fällen ist eine genaue Anamnese für die Stellung der Diagnose von größtem Wert, da sich die Manie in ganz anderer Weise zu entwickeln pflegt, wie die Paralyse (vgl. Kapitel „Paralyse"). Ein manischer Erregungszustand bei früher psychisch gesunden, syphilitisch infizierten Männern in den besten Jahren (30.—50. Lebensjahr) wird den Verdacht auf Paralyse lenken, wenn natürlich auch im Auge behalten werden muß, daß ein Syphilitischer an einer einfachen Manie erkranken kann.

Die Verschiedenheit der Vorhersage des Ausganges der Krankheit ist es auch, welche der Unterscheidung der Manie von den Erregungszuständen der Katatonie (vgl. Kapitel „Katatonie") eine besondere Bedeutung verleiht und eine Kenntnis der differentialdiagnostisch wichtigen Punkte erfordert.

Während die Stimmung des Maniakus eine ausgesprochen heitere oder auch reizbare, auf jeden Fall affektbetonte ist, erscheint die Stimmungslage des Katatonikers oft trotz hochgradiger äußerer Erregung auffallend gleichgültig und indifferent. Der manische Kranke zeigt für seine Umgebung lebhaftes, wenn auch oberflächliches Interesse, hat eigene Initiative, knüpft an seine Wahrnehmungen an, macht witzelnde Bemerkungen über ihm auffallende Aeußerlichkeiten, der Katatoniker hingegen nimmt keine Notiz von seiner Umgebung, sieht und redet den Arzt nicht an, obwohl er die Vorgänge um sich herum gut aufzufassen vermag. Sogar bei hochgradiger Erregung kann ungetrübte Orientierungsfähigkeit bei dieser Krankheit erhalten bleiben, während manische Kranke auf der Höhe der Erregung mehr oder weniger ausgesprochene Störungen der Auf-

[1]) Die Steigerung der Sehnenreflexe ist ebenfalls von großer diagnostischer Bedeutung, jedoch nicht so eindeutig, wie das Fehlen derselben, da Steigerungen der Sehnenreflexe auch bei nicht organisch bedingten Psychosen zur Beobachtung kommen. (Siehe Kapitel Paralyse „Verhalten der Sehnenreflexe".)

fassung zu zeigen pflegen. Die Bewegungen des Maniakus werden, wenn man von den schwersten Fällen manischer Verwirrtheit absieht, von gewissen Vorstellungen beherrscht, lassen bestimmte Antriebe erkennen, sind wechselvoll, mannigfaltig (**Tätigkeitsdrang**). Der **Bewegungsdrang** des Katatonikers hingegen erscheint völlig unverständlich, unsinnig, seine Bewegungen haben etwas Zwangsmäßiges, Eintöniges, bekommen ein eigentümliches Gepräge durch Stereotypien, zwecklose Wiederholungen, Manieren. In den ideenflüchtigen Reden des Maniakus ist häufig noch ein gewisser Sinn zu erkennen, während die Katatoniker zusammenhanglose Worte (Verbigeration) oder Silben in eintöniger Weise wiederholen und ein vollendetes Kauderwelsch („Wortsalat") oft schon bei verhältnismäßig leichter äußerer Erregung vorzubringen pflegen. Bei Berücksichtigung der Gesamtheit dieser Merkmale wird es mitunter bald gelingen, die manische von der katatonischen Erregung zu unterscheiden, während in anderen Fällen erst längere Beobachtung des Krankheitsverlaufes ein Urteil ermöglicht. Besondere Schwierigkeiten für die Diagnose können die manischen Erregungszustände Imbeziller darbieten, die in ihrem läppischen Gebaren mitunter der katatonischen Erregung sehr ähnlich sehen, doch wird die Anamnese in diesen Fällen den richtigen Weg weisen.

Von Zuständen der halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) ist die Manie in ihren leichteren Formen durch ihre gute Auffassungsfähigkeit, durch ihre vorwiegend heitere Stimmung mit ausgesprochener Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel und durch ihre Schlagfertigkeit, bei dem Fehlen einer tiefen, traumhaften Bewußtseinsstörung, dem Zurücktreten von Sinnestäuschungen leicht zu trennen.

Sehr erhebliche und nicht in allen Fällen zu überwindende Schwierigkeiten können hingegen bei der Unterscheidung der verworrenen Manie von der Amentia auftreten, da eine Reihe von Symptomen, Verwirrtheit, illusionäre Verfälschung der Sinneswahrnehmungen, mannigfache Halluzinationen, Ablenkbarkeit, Ideenflucht, motorische Unruhe mit lebhaftem Stimmungswechsel, beiden Krankheiten gemeinsam sind. Indessen pflegt die Bewußtseinstrübung bei der Manie keine so tiefe und vor allem nicht so anhaltende zu sein wie bei der Amentia. Während bei der Manie auf der Höhe der Erregung die Störungen der Auffassung und Denktätigkeit am hervortretendsten sind, um bei Nachlaß der Erregung zu verschwinden, überdauert bei der Amentia die Bewußtseinstrübung in der Regel die Erregung und kann noch bei äußerlich völlig ruhigem Verhalten des Patienten sehr deutlich längere Zeit nachweisbar sein. Es kann ferner der raschere Anstieg der Erregung bei der halluzinatorischen Verwirrtheit unter Umständen zur Unterscheidung von der Manie, welche langsamer ihren Höhepunkt zu erreichen pflegt, aber eine größere Stetigkeit des Affekts aufweist, verwertet werden. Wenn es nun auch in einer Reihe von Fällen gelingt, an der Hand dieser Merkmale bei Berücksichtigung der ätiologischen Momente (vgl. Kapitel „Amentia") die in Frage stehenden Krankheitsformen zu trennen, wird dennoch eine Zahl von Fällen übrig bleiben, in der sich eine solche Scheidung auf symptomatologischem Wege ungezwungen nicht bewerkstelligen läßt. Diese Beobachtungen haben zu der Annahme von Uebergangsfällen, sowie Mischformen von Manie und Amentia geführt mit den Bezeichnungen der „Manie mit Verwirrtheit" resp. „maniakalischer Verwirrtheit", je nachdem die eine oder andere Erscheinung in dem Krankheitsbilde vorherrscht.

Die Unterscheidung der Manie von den mannigfachen, auf dem Boden der Epilepsie entstehenden Erregungs- und Verwirrtheitszuständen (vgl. Kapitel „Epilepsie"), die manische Symptome in mehr oder weniger großer Deutlichkeit mitunter erkennen lassen, wird in erster Linie auf der Feststellung epileptischer Antezedentien in der Anamnese beruhen, ferner den eigenartigen Verlauf der epileptischen Psychosen mit ihrer vorwiegend ängstlichen Erregung bei traumhaft verändertem Bewußtsein, sowie den Nachweis von Erinnerungsdefekten für das während der Erregung Geschehene, im Gegensatz zu der meist intakten Erinnerung bei der Manie, zu berücksichtigen haben. Besondere Aufmerksamkeit in der Beurteilung erfordern sehr seltene epileptische Psychosen, die sich zunächst als Zustandsbilder symptomatologisch von der Manie in keiner Hinsicht unterscheiden (epileptische Manie); ein auffallendes Haftenbleiben einzelner Vorstellungen in dem Redefluß der Kranken scheint für manche dieser Fälle charakteristisch zu sein und ihr ideenflüchtiges Sprechen von der manischen Ideenflucht zu unterscheiden.

Aus dem Zustandsbilde sichere diagnostische Schlüsse zu ziehen, ob eine einfache oder periodische Form der Manie vorliegt, sind wir nicht imstande. Jugendliches Alter des Patienten, rascher Anstieg der Krankheit bei nur leichter Ausbildung der Symptome machen, wie wir bei Besprechung der periodischen Psychosen näher ausführen werden, einen periodischen Verlauf in hohem Grade wahrscheinlich.

Therapie.

Die therapeutischen Maßnahmen haben in erster Linie die Aufgabe, den Kranken sowie dessen Umgebung vor den schädlichen Folgen, welche unmittelbar aus der Erregung des Kranken erwachsen können, zu schützen. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist es, den Kranken, sobald die Manie erkannt ist, aus seinen gewohnten Verhältnissen heraus in eine Umgebung zu bringen, die einerseits alle Garantien für den Schutz des Kranken bietet, andererseits darauf eingerichtet ist, äußere Reize und Schädlichkeiten, welche steigernd auf die Erregung des Patienten wirken, von ihm fern zu halten. In den weitaus meisten Fällen ist die **geschlossene Anstalt** hierfür der geeignetste Ort. Die Behandlung in offenen Heilanstalten oder Sanatorien wird nur ganz ausnahmsweise in Fällen leichter Erregung in Betracht gezogen werden können. Gutes Zureden von den Verwandten, Beschränkungen der Freiheit im Hause pflegt in der Regel das Gegenteil von der beabsichtigten Wirkung hervorzurufen, den Kranken noch erregter und widerspenstiger zu machen. Außerdem geht bei solchen Versuchen nicht selten die beste Zeit der Heilung der Krankheit verloren, welche gerade in den Initialstadien der Behandlung am zugänglichsten ist. Ist der Kranke in der geschlossenen Anstalt untergebracht, dann wird in erster Linie der Versuch gemacht werden, durch **Bettruhe** den Beschäftigungs- und Bewegungsdrang des Kranken einzuschränken. In einer ganzen Reihe von Fällen leichter manischer Erregung läßt die motorische Unruhe bei Bettbehandlung, die besonders von schwächlichen und körperlich heruntergekommenen Individuen oft wohltuend empfunden wird, nach und macht allmählich einem geordneten Verhalten Platz. In Fällen stärkerer Erregung, bei der es häufig nicht gelingt, die Kranken im Bett zu halten, tritt die **Bäderbehandlung** in ihr Recht. Wir besitzen in den prolongierten und den Dauerbädern ein Mittel,

welches auf die manische Erregung entschieden beruhigend wirkt und außerdem durch das Erhalten der Reinlichkeit, Verhüten von Decubitus nicht geringe Vorteile bietet. Die ununterbrochene Dauer der Bäder (26—29° R steigend) kann von einigen Stunden bis auf Tage und Wochen ausgedehnt werden; während des Bades sind kühle Kompressen des Kopfes anzuwenden. Zweckmäßig ausgeführte feuchte Einpackungen an Stelle dieser Bäder wirken besonders bei leichten Fällen manischer Erregung oft günstig, so daß die Kranken wieder Ruhe zum Essen und Schlaf finden. In Fällen besonders starker Erregung, bei denen auch die Bäderbehandlung im Stich läßt, besitzen wir in dem **Scopolaminum** (hydrobromicum), identisch mit Hyoscinum (hydrobromicum), dasjenige Mittel, welches bei der medikamentösen Behandlung der manischen Erregung den ersten Platz einnimmt und durch seine prompte Wirkung, subkutan in allmählich steigenden Dosen von 0,0005—0,001 gegeben (event. mehrmals täglich bis 0,002 pro die) besonders dann am Platze ist, wenn rasche Beruhigung durch die Verhältnisse indiziert ist.

Von anderen beruhigenden Mitteln kommen noch die Brompräparate und das Opium in Betracht. Letzteres in allmählich steigender Dosis zu geben, ist für die Behandlung von Fällen protrahiert verlaufender Manien empfohlen worden. Erhebliche Schwierigkeit macht oft die Behandlung der andauernden Schlaflosigkeit bei der Manie. In Fällen leichterer Erregung kommt man mit prolongierten lauwarmen Bädern, Aufenthalt und Bewegung im Freien, event. in Verbindung mit Schlafmitteln, wie Trional (0,5—2 g), Sulfonal (1—2 g), Veronal (0,5—1 g), Proponal (0,3—0,5), Paraldehyd (3,0—5,0 g) nicht selten zum Ziel. Wenn diese Mittel ohne Wirkung bleiben, wie es bei Fällen tobsüchtiger Erregung fast stets der Fall ist, gibt man Chloralhydrat (1—2 g), ein Mittel, welches besonders in Verbindung mit Morphium (0,01 g) (event. als Klystier in schleimiger Einhüllung) auch bei schwerer Erregung und Schlaflosigkeit in vielen Fällen von gutem Erfolg begleitet ist.

Die Ernährung des manischen Kranken muß auf das sorgfältigste geregelt und überwacht werden, in Fällen hochgradiger Erregung ist mitunter flüssige Diät (vorwiegend Milch mit Eiern) erforderlich. Alle erregenden Getränke, besonders Alkohol, sind zu vermeiden! Schlundsondenfütterung wird nur in seltenen Fällen geboten sein.

Es bedarf keiner besonderen Ausführung, daß in dem zweckmäßigen Wechseln und Kombinieren der angeführten Mittel (z. B. der Bäderbehandlung mit Schlafmitteln), sowie der Anpassung der Behandlungsmethode an die oft während des Krankheitsverlaufes sehr wechselnden Intensitätsgrade der Erregung eine der Hauptaufgaben des Arztes beruht. Bei der psychischen Behandlung des manisch erregten Kranken ist vor allem seine große Reizbarkeit zu berücksichtigen.

Ruhiges, freundliches Entgegenkommen, wenn nötig einmal Eingehen auf die Scherze und Bemerkungen des Patienten, Vermeiden schroffer Zurechtweisungen, wird Zornesausbrüchen des Kranken am besten vorbeugen, seine Behandlung wesentlich erleichtern.

Forensisch wichtig sind vor allem die leichteren Formen der Manie (Hypomanie), bei denen die geistige Störung nicht sofort in die Augen fällt. Das gehobene Selbstgefühl in Verbindung mit der gesteigerten Reizbarkeit und der vermehrten libido sexualis dieser Kranken führt nicht selten zu Konflikten mit dem Strafgesetz.

Zivilrechtlich ist der Trieb zu unverhältnismäßigen Ausgaben, zur Errichtung sinnloser Testamente von Bedeutung. Eine Entmündigung ist meist wegen des raschen Ablaufes der Psychose nicht nötig.

Literatur.

Außer den Lehrbüchern und Grundrissen der Psychiatrie von Arndt (1883), Griesinger (4. Aufl. 1876), v. Krafft-Ebing (7. Aufl. 1903), Mendel (Eberstein-Schwalbe, Bd. V, 1902), Kirchhoff (1899), Kraepelin (6., 7. u. 8. Aufl. 1899, 1904 und 1908), Schüle (3. Aufl. 1896), Wernicke (1900), Ziehen (2. Aufl. 1902), dem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie (hrsg. von Hoche 1901) und Cramers Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie (3. Aufl. 1903) folgende Arbeiten:

Achaffenburg, Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen. Psychologische Arbeiten, IV. Bd., 2. H.

Heilbronner, Ueber epileptische Manie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII.

Jolly, Behandlung der Manie mit Opium. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XLVI.

Magnan, Psychiatrische Vorlesungen: Ueber Manie, 1893, 6. H.

Mendel, Die Manie, eine Monographie (1881).

Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Archiv für Psych., Bd. XXXII.

Nitsche, Ueber chronisch-manische Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1910.

van Erp Taalman Kip, Akute Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. VI.

Pfister, Die Behandlung des Irreseins im allgemeinen. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten (hrsg. von Penzoldt u. Stintzing), 3. Aufl., Bd. LIV.

Raecke, Manie, Melancholie, Stupor (nebst Stellung dieser Krankheitsform in foro). Handbuch der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. 1909.

Saiz, Untersuchungen über die Aetiologie der Manie usw. Berlin. S. Karger. 1907.

Siefert, Ueber chronische Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.

Siemerling, Ueber Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Die deutsche Klinik 1903.

Die Melancholie.

Von

A. Westphal, Bonn.

Symptomatologie und Verlauf.

Die Melancholie ist eine Psychose, deren wesentliche Symptome in einer nicht genügend motivierten **traurigen Verstimmung** (Depression) und **Denkhemmung** bestehen, bei welcher ferner Wahnideen im Sinne der **Minderwertigkeit,** des **Kleinheitswahnes** eine hervorragende Rolle spielen. Wir unterscheiden nach der Höhe der Affektstörung eine leichtere einfache Form der Melancholie (Melancholia simplex) von den schweren Graden dieser Krankheit, der Angstmelancholie (Melancholia agitata). Als eine besondere klinische Form wird vielfach die durch hochgradige Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichnete „Melancholia stupida“ oder „attonita“ angeführt.

Die Krankheit entwickelt sich allmählich, wird häufig eingeleitet

durch ein sich über Wochen oder Monate erstreckendes Vorstadium, in welchem die Kranken über Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, allgemeine Mattigkeit klagen. Diese Beschwerden pflegen von der Umgebung nicht sonderlich beachtet zu werden, bis sich dann, in der Regel ziemlich plötzlich, deutliche Symptome der Geistesstörung bemerkbar machen.

Ohne daß ein hinreichender Grund vorliegt, nicht selten unter den glücklichsten Verhältnissen, bemächtigt sich des Kranken eine tiefe, andauernd traurige Verstimmung. Seine Umgebung, die ganze Welt kommt ihm verändert vor, erscheint ihm in den schwärzesten Farben. Nichts kann in ihm mehr eine freudige Empfindung erwecken, durch alle Ereignisse und Beschäftigungen werden traurige Saiten in seinem Innern angeschlagen. Besonders pflegt Musik, auch wenn sie von dem Patienten in seinen gesunden Tagen mit Vorliebe gepflegt wurde, schmerzsteigernd zu wirken. Die Patienten klagen oft über das Gefühl „innerer Leere", sie hätten „einen Stein an Stelle des Herzens in der Brust", die Mutter vermag ihre Kinder nicht mehr mit der früheren Zärtlichkeit zu lieben; das Gebet kann nicht mehr mit der nötigen Andacht verrichtet werden, hört man von religiösen Kranken klagen.

„Das, was mir sonst das Liebste ist, mag ich gerade am wenigsten sehen . . . ich habe kein Gefühl mehr für Recht und Unrecht . . . ich bin ganz hohl, bis obenhin zugeknöpft", sagte eine meiner Patientinnen.

Dieses Gefühl der inneren Erkaltung und Leere wird nicht selten zu einer Quelle mannigfacher Selbstvorwürfe für den Patienten, zumal die traurige Verstimmung stets von einer Verlangsamung und Hemmung des Denkens und Handelns begleitet wird, welche dem Patienten jede Arbeit erschweren, sich störend bei jedem Versuch einer Beschäftigung bemerkbar machen. Die Hausfrau wird mit ihrer Wirtschaft nicht mehr fertig, der Beamte kann den Anforderungen des gewohnten Dienstes nicht mehr genügen. Es kommt hinzu, daß allmählich auch die Initiative völlig verloren geht, so daß die Patienten infolge ihrer krankhaften Willenlosigkeit (Abulie) unfähig auch zu den leichtesten Beschäftigungen werden, und schließlich das An- und Ausziehen, Wechseln der Kleider, selbst die Einnahme der Mahlzeiten die größten Schwierigkeiten bereitet.

„Ich muß immer darauf gestoßen werden, was ich tun soll, meine Kraft ist ganz hin . . . es ist mir alles zuwider, ich kann doch nichts anfassen, es ist mir, als ob eine Hand mich zurückstieße" schilderte eine Patientin diesen Zustand.

Auch dies Gefühl der „subjektiven Insuffizienz" wird von den Kranken schmerzlich und häufig als ein selbstverschuldeter Fehler empfunden: So sehen wir schon bei den leichten Formen der Melancholie (Melancholia simplex), wie sich aus der traurigen Verstimmung heraus Versündigungsideen entwickeln können. In allen schwereren Fällen verbindet sich mit der Depression ein mehr oder weniger ausgeprägtes Angstgefühl, welches von den Kranken sehr häufig in die Herzgegend (Präkordialangst), aber auch in die verschiedensten anderen Körperteile (Kopf, Unterleib) lokalisiert wird und von ihnen als Herzensangst, innere Angst oder heiße aufsteigende Angst bezeichnet zu werden pflegt.

Diese Angstempfindungen werden mitunter von den Kranken in

mannigfacher Weise wahnhaft gedeutet, als Folge oder Strafe früherer Vergehen aufgefaßt.

So sagte mir eine melancholische Patientin:

„Ich muß büßen, ich bin nicht wert, angespuckt zu werden, ich bin weniger wie ein Stück Vieh. Ich habe meinen Mann belogen, die ganze Familie ins Unglück gebracht. Ich selbst gehöre ins Gefängnis, muß geschlachtet, hingerichtet werden.“

Irgendeine Lüge aus der Schulzeit, Onanie, versäumter Kirchenbesuch usw., Dinge, an die Patient in seinen gesunden Tagen nicht mehr dachte, erscheinen ihm in seiner Verstimmung als schweres Verbrechen, für die er jetzt büßen muß. Aus Erklärungsversuchen der krankhaft veränderten Gefühle läßt sich demnach die Entstehung von Versündigungsideen in einer Reihe von Fällen ableiten, während man sich in anderen Fällen, in denen dieser Nachweis nicht möglich ist, begnügen muß, nahe, aber uns ihrem Wesen nach unbekannte Beziehungen zwischen der traurigen Verstimmung und dem Versündigungswahn anzunehmen.

Die melancholischen Wahnvorstellungen sind mannigfacher Art und können in ihrer Gesamtheit als Vorstellungen der Minderwertigkeit bezeichnet werden. Neben den Versündigungsideen kommen Verarmungsvorstellungen, sowie hypochondrische Wahnideen besonders häufig zur Beobachtung.

Die Kranken werfen sich vor, schlecht gewirtschaftet, zu viel Geld ausgegeben zu haben: „Alles ist dahin, nicht mehr ein Stück Brot da zum Essen, der Hungertod die Strafe.“ In vielen Fällen treten hypochondrische Vorstellungen auf, bisweilen nur vereinzelt, in anderen Fällen aber sehr zahlreich, so daß sie das ganze Krankheitsbild beherrschen und man diese Zustände „hypochondrische Melancholie“ genannt hat. Die hypochondrischen Vorstellungen haben die verschiedenartigsten Organe des Körpers zum Ausgangspunkt: das Gehirn ist vertrocknet, die Knochen verfault, kein Stuhlgang mehr vorhanden, alle Säfte venerisch. Einen besonders unsinnigen Inhalt haben mitunter die hypochondrischen Vorstellungen der Melancholie im höheren Lebensalter:

„Ich bin ein ausgestopfter Wollsack, keine Luft mehr in mir vorhanden, der ganze Körper mit Eisenplatten ausgeschlagen, ich bin schon tot, auch alle anderen Kranken und die Aerzte Leichen“ usw.

Bemerkenswert ist, daß sich in diesen Fällen neben den hypochondrischen Vorstellungen andere melancholische Wahnideen in den mannigfachsten Kombinationen häufig nachweisen lassen.

Der „am ganzen Körper syphilitische Patient hat seine Familie angesteckt, kommt dafür ins Gefängnis“ — ein anderer Kranker „hat den Arzt und die Klinik beleidigt, darf nichts mehr essen, sein After und Schlund sind zugewachsen, die Zunge ausgerissen“.

Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung und Beeinträchtigung werden seltener und in der Regel nur vorübergehend im Verlauf einer Melancholie vorgebracht. Eine größere Bedeutung kommt diesen Wahnideen mitunter bei der durch lebhafte Angstaffekte ausgezeichneten Melancholie zu. Es sind dies Beobachtungen, in denen die ganze Umgebung dem Kranken in feindlichem Sinne verändert erscheint, mannigfache Befürchtungen als Ausfluß der Beziehungswahnideen und der Verfolgungsvor-

stellungen geäußert werden, welche aber von den Kranken nicht weiter in systematisierender Weise verarbeitet zu werden pflegen. In vereinzelten Beobachtungen treten neben den Wahnideen Vorstellungen auf, die sich dem Kranken zwangsweise aufdrängen, von deren Widersinnigkeit er überzeugt ist. Diese Zwangsvorstellungen pflegen mit dem Rückgang der melancholischen Wahnideen zu verschwinden.

Die Wahnvorstellungen der Melancholiker beziehen sich auf die verschiedensten Phasen des Lebens, lassen ihnen nicht nur die Gegenwart, sondern auch Vergangenheit und Zukunft in den dunkelsten Farben erscheinen.

Im Gegensatz zu den flüchtigen Wahnvorstellungen der Manie wird an den melancholischen Wahnideen von den Kranken in der Regel längere Zeit festgehalten, mitunter dieselben Wahnvorstellungen in monotoner Weise während des ganzen Krankheitsverlaufes vorgebracht; erst mit dem Nachlassen des krankhaften Affektes pflegen auch die Wahnideen zu verschwinden. Bemerkenswert ist es, daß auch in schwereren Fällen von Melancholie ausgesprochene Wahnvorstellungen nicht aufzutreten brauchen, traurige Verstimmung und Denkhemmung allein das Krankheitsbild beherrschen können.

Sinnestäuschungen fehlen während der Melancholie nicht selten vollständig, in anderen Fällen kommen Halluzinationen zur Beobachtung, ohne daß ihnen eine wesentliche Rolle in dem Krankheitsbilde zufällt. Krankheitsfälle mit zahlreichen, längere Zeit andauernden Sinnestäuschungen gehören zu den Ausnahmen, kommen jedoch im höheren Alter bei manchen Fällen von Melancholie mit starker ängstlicher Erregung (Angstmelancholie) häufiger vor. Die Sinnestäuschungen sind entsprechend dem depressiven Vorstellungskreis der Kranken trauriger und beängstigender Natur. Besonders pflegen erschreckende Gehörshalluzinationen sowie Visionen im Sinne der melancholischen Verstimmung aufzutreten. Die Mütter hören ihre Kinder wimmern; Drohungen, Beschimpfungen werden dem Kranken zugerufen; vor den Augen erscheinen häßliche Gestalten, Schlangen, Totenköpfe, Flammen usw. Wie die Wahnvorstellungen, schwinden auch die Sinnestäuschungen mit dem Ablauf der Depression.

Das äußere Verhalten der Kranken ist bei der Melancholie ein verschiedenes, abhängig in erster Linie von dem Intensitätsgrade der Angst, welche die mit der Depression Hand in Hand gehenden Hemmungserscheinungen in mannigfacher Weise beeinflußt. Die Fälle, in welchen die Hemmungen vorherrschen, bieten durch die Verbindung der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes mit einer Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen ein charakteristisches Bild. Bei den leichteren Erkrankungsformen dieser Art pflegt man auf einfache Fragen noch prompte Antworten von den Patienten zu erhalten, und erst bei längerer Unterhaltung eine Erschwerung des Gedankenablaufes sich bemerkbar zu machen, während bei etwas vorgeschrittener Erkrankung die Hemmung sofort deutlich hervortritt. Die Antworten erfolgen langsam und zögernd, der Kranke muß sich längere Zeit besinnen, es macht ihm ersichtliche Mühe, über ihm sonst geläufige Daten aus seinem Leben, über Familienverhältnisse usw. Auskunft zu geben. Da das Gefühl der subjektiven Insuffizienz dieser Kranken durch jeden Bewegungs-

vorgang bis zu heftigem „psychischem Schmerz“ gesteigert wird, sucht der Melancholiker von selbst die Ruhe auf, bleibt oft den halben Tag im Bette liegen, ist nur mit Mühe zum Aufstehen zu bewegen. Außer Bett sitzt er stundenlang untätig, oft ohne sich zu bewegen an einer Stelle, ins Leere vor sich hinstarrend. Der Gesichtsausdruck ist ein trauriger, ängstlich gespannter, mitunter eigenartig ratlos. Die Stirn erscheint gerunzelt, die Mundwinkel sind häufig herabgezogen. Unter Seufzen und Jammern, mitunter nur auf energisches Zureden erzählt der Kranke in diesem Zustand von seiner inneren Beklemmung, dem schweren Druck auf der Brust, bringt in abgerissener Weise Versündigungsideen oder andere depressive Wahnvorstellungen hervor. Die sprachlichen Aeußerungen werden dann immer langsamer und spärlicher, erfolgen schließlich nur ruckweise, werden nicht mehr vollendet, der Kranke bleibt mitten im Satze stecken, bewegt dann wohl auch noch die Lippen weiter, ohne einen Laut hervorzubringen. Bei schweren Graden der Erkrankung kann dieser Hemmungszustand in einen sog. „Stupor“ übergehen. Der Gesichtsausdruck des Kranken verrät während des Stupors mitunter noch die traurige und ängstliche Stimmung, häufiger macht er mehr einen erstaunten, ratlosen Eindruck. Von den Kranken selbst ist nichts mehr zu erfahren, was in ihnen vorgeht, da sie auf Fragen nicht mehr antworten, tage- und wochenlang kein Wort sprechen. Sie sind völlig in sich versunken, unempfindlich gegen äußere Reize, müssen zur Entleerung der Blase und des Mastdarms angehalten, in manchen Fällen gefüttert werden. Die erhobenen Extremitäten fallen entweder, dem Gesetz der Schwere folgend, auf die Unterlage zurück oder sie verharren eine Zeitlang in der ihnen vom Arzt gegebenen Stellung (Melancholia attonita, stupida, Melancholia cum stupore). Während des Bestehens dieser kataleptischen Stellungen fühlt man mitunter bei passiven Bewegungen einen leichten, sich gleichbleibenden Widerstand in den beteiligten Gelenken (Flexibilitas cerea).

Im Gegensatz zu diesem Verhalten zeigen die stuporösen Patienten mitunter ein hartnäckiges, ängstliches Widerstreben gegen alle Handlungen und Bewegungen, die man mit ihnen vornehmen will, spannen bestimmte Muskelgruppen an, so daß es z. B. nicht gelingt, die Kranken zum Oeffnen des Mundes bei dem Versuch, ihnen Nahrung einzuflößen, zu bewegen.

Die Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit ist bei diesen Zuständen der Melancholia attonita wesentlich gestört, so daß die Kranken nach Ablauf des Stupors nur eine unklare Vorstellung von dem, was mit ihnen und um sie herum geschehen ist, zu haben pflegen.

Der Verlauf der Melancholia attonita ist ein verschiedener, bald lassen die Hemmungserscheinungen ziemlich plötzlich nach, bald tritt nach mannigfachem Wechsel von freieren und gehemmten Zeiten eine allmähliche Lösung des Stupors ein.

Der Stupor in seiner vollen Ausbildung mit lange Zeit andauernder schwerer Hemmung ist eine seltene Erscheinungsform der Melancholie, wenn auch einzelne stuporöse Erscheinungen, Andeutungen von Katalepsie, Mutacismus (Mutismus) vorübergehend im Verlauf einer Melancholie nicht zu den ungewöhnlichen Erscheinungen gehören. Unzweifelhaft sind früher mannigfache Zustände als stuporöse Melancholie bezeichnet worden, die zu anderen Krankheitsgruppen, besonders der Katatonie gehören, so daß bei der An-

nahme einer Melancholia attonita stets große Vorsicht am Platze ist (vgl. bei Diagnose).

In auffallendem Gegensatz zu den durch Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichneten Fällen von Melancholie steht diejenige Form der melancholischen Erkrankung, bei welcher der Angstaffekt als Hauptsymptom in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen tritt, die Melancholia agitata sive activa (Angstmelancholie). Die Kranken kommen, von lebhafter Angst getrieben, keinen Augenblick zur Ruhe; sie ringen die Hände, reiben und zerkratzen ihren Körper, zupfen an den Bettdecken, zerraufen sich die Haare. Oft sind sie nicht im Bett zu halten, sie laufen unstet, laut vor sich hinjammernd, im Zimmer umher. In abgerissener, sich überstürzender Weise bringen sie hierbei die mannigfachsten melancholischen Wahnvorstellungen vor. Bei noch weiterer Steigerung der Angst kann es bei schweren Erkrankungsfällen zu heftigen Erregungszuständen kommen, in welcher die Kranken zertrümmern, was ihnen in den Weg kommt, laut schreiend um Hilfe rufen, für alle Beruhigungsversuche unzugänglich sind. Besonders häufig kommen diese agitierten Formen der Melancholie bei älteren Personen zur Beobachtung. Große motorische Unruhe mit ausgesprochener ängstlicher Erregung sind gewöhnliche Begleiterscheinungen seniler Melancholien. Schon bei den leichteren Formen der Melancholie pflegen die ängstlichen Vorstellungen nicht von gleichmäßiger Intensität zu sein, sondern zu gewissen Zeiten, besonders in den Morgenstunden, ein Anschwellen zu erfahren. Bei den schwereren Erkrankungsgraden tritt mitunter anfallsartig ganz plötzlich eine außerordentlich lebhafte, in manchen Fällen mit Trübung des Bewußtseins einhergehende Steigerung des Angstaffekts hervor, die sich in triebartigen gewalttätigen Handlungen gegen das eigene Leben oder das der Umgebung entladen kann (Raptus melancholicus). Selbstmord, Selbstverstümmelungen der verschiedensten Art (Ausreißen eines Bulbus, Abschneiden des Penis, Verbrennen der Zunge, Ermordung der eigenen Kinder) werden während dieser Zustände von den Kranken oft mit erstaunlicher Geschwindigkeit und Geschicklichkeit ausgeführt. Nach Ablauf des Angstanfalls pflegt die innere Spannung der Kranken nachzulassen und einem freieren Verhalten Platz zu machen.

Es ist demnach die Gefahr des Selbstmordes bei allen mit Angstaffekten verlaufenden Fällen von Melancholie eine außerordentlich große, sie kann aber kaum jemals in einem Falle von Melancholie mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden. So können auch aus dem regungslosen Verhalten der Melancholia attonita heraus die heftigsten Angstaffekte die Hemmung ganz plötzlich durchbrechen und zu sehr energischen Selbstmordversuchen führen. Mit großer Hartnäckigkeit und Schlauheit verstehen die Kranken oft die zur Erreichung ihres Zweckes günstigen Umstände zu benutzen.

Man ist in manchen Fällen erstaunt, später nach vereitelten Selbstmordversuchen von den Patienten zu erfahren, wie lange sie den Selbstmord geplant, wie geschickt sie die äußeren für die Erreichung ihres Zweckes günstigen Umstände zu benutzen gewußt haben. In keinem Stadium der Melancholie ist man vor Selbstmordversuchen der Kranken gesichert, sogar während der Rekonvaleszenz werden mitunter noch Suizidalversuche unternommen.

Die Nahrungsverweigerung, welche in vielen Fällen von Melancholie ein praktisch sehr wichtiges Symptom bildet, ist mitunter auch auf die Absicht des Patienten, sich durch Verhungern den Tod zu geben, zurückzuführen. In anderen Fällen halten Wahnvorstellungen die Kranken von der Nahrungsaufnahme ab; sie dürfen nicht mehr essen, weil sie zu schlecht, nicht eines Stückes Brot mehr wert sind, sie können das Essen nicht bezahlen, müssen deshalb hungern, der After und Schlund sind zugewachsen, so daß keine Verdauung mehr möglich ist usw. Eine scharfe Trennung zwischen den Fällen von Melancholia simplex, attonita und agitata ist nicht durchführbar, da zwischen diesen Zuständen die mannigfachsten, fließenden Uebergänge vorkommen. Die Stärke des Angstaffektes, die Intensität der motorischen Hemmung kann im einzelnen Krankheitsfall zu verschiedenen Zeiten eine so wechselnde sein, daß die Einreihung des Falles in eine bestimmte Gruppe unmöglich oder willkürlich wird.

Unter den körperlichen Erscheinungen der Melancholie nehmen Störungen der Verdauung eine wichtige Rolle ein.

Die Zunge ist häufig belegt, trocken und borkig, es besteht Foetor ex ore, der Appetit und die Verdauung liegen danieder. Störungen der Salzsäureausscheidung des Magens sind von einigen Beobachtern nachgewiesen worden. Der Stuhlgang ist angehalten, mitunter besteht hartnäckige Obstipation. Das Körpergewicht sinkt während der Krankheit in den meisten Fällen erheblich, auch wenn keine Nahrungsverweigerung stattgefunden hat, um sich im Rekonvaleszenzstadium allmählich wieder zu heben.

Der Schlaf ist bei der Melancholie regelmäßig gestört, in den leichten Fällen unruhig, von ängstlichen Träumen begleitet, von zu kurzer Dauer. Bei den schwereren Fällen mit ängstlicher Erregung kann anhaltende Schlaflosigkeit bestehen.

Die Herztätigkeit pflegt schwach, der Puls klein, verlangsamt, mitunter unregelmäßig zu sein, jedoch unter dem Einfluß der ängstlichen Erregung beschleunigt zu werden. Die Extremitäten fühlen sich kühl an, haben nicht selten ein leicht cyanotisches Aussehen, zuweilen treten Oedeme auf. Die Körpertemperatur ist in manchen Fällen subnormal. Die Respiration ist verlangsamt, oberflächlich, mitunter von einzelnen tiefen Atemzügen unterbrochen; bei der Melancholia agitata kann sie keuchend und beschleunigt werden. Die Menstruation weist in manchen Fällen Störungen auf, zessiert nicht selten mit dem Beginne der Krankheit, um mit eintretender Rekonvaleszenz wieder aufzutreten, in anderen Fällen sind Menstruationsstörungen nicht zu konstatieren.

Bei der senilen Form der Melancholie sind nicht selten Altersveränderungen an dem Gefäßsystem, neben Tremor und anderen Zeichen der senilen Hirnerkrankung nachweisbar. Es muß darauf hingewiesen werden, daß diese arteriosklerotischen Veränderungen das Krankheitsbild nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer Hinsicht wesentlich beeinflussen und einen ungünstigen Verlauf herbeiführen können.

Die subjektiven Beschwerden sind bei der Melancholie mannigfaltige. Die Kranken klagen über allgemeine Mattigkeit, Gliederschmerzen, Ohrensausen, Kopfdruck, der nicht selten als schmerzhafte Empfindung in die Gegend des Hinterkopfes verlegt wird. Die

Herzgegend ist der Sitz verschiedenartiger unangenehmer Sensationen, Empfindungen des Umschnürtseins, der Spannung, des Pulsierens werden angegeben, in schweren Fällen wird die Angst nicht selten als „Schmerz“ in die Herzgegend lokalisiert.

Bei den leichteren Erkrankungsformen ist mitunter ausgesprochenes Krankheitsgefühl vorhanden, welches bei den schwereren Fällen fast regelmäßig zu fehlen pflegt, so daß man auf Fragen häufig die Antwort erhält: „Ich bin nicht krank, sondern schlecht.“

Ueber die Dauer der Melancholie läßt sich allgemein nur so viel sagen, daß sich die Erkrankung über eine Reihe von Monaten zu erstrecken pflegt, daß sie aber auch ein Jahr und länger dauern kann, und daß selbst nach 4—5jähriger Dauer der Melancholie noch Heilung beobachtet ist.

Der Verlauf der Krankheit ist selten ein gleichmäßiger, häufig durch mannigfache Remissionen und Exazerbationen der Krankheitserscheinungen ausgezeichnet. Der Uebergang in Genesung ist in der Mehrzahl der Fälle ein allmählicher; traurige Verstimmung, Angst und Hemmungserscheinungen bilden sich langsam unter stetigem Steigen des Körpergewichts und Besserwerden des Schlafes zurück, in anderen Fällen ist der Uebergang in Heilung ein sehr plötzlicher, nach Art einer Krisis eintretender. In vielen Fällen wird die Melancholie von einem kurzen, sich über Tage bis Wochen erstreckenden „Nachstudium“ gefolgt, in welchem an Stelle der traurigen eine heitere Verstimmung mit Erleichterung des Vorstellungsablaufes tritt, die Hemmung auf motorischem Gebiete einer gewissen Unruhe und Vielgeschäftigkeit Platz macht, so daß ein Stadium leichter manischer Erregung von der Melancholie zur Gesundheit hinüberführt. Auf die Bedeutung dieses sog. manischen Nachstadiums für die Auffassung des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins, kommen wir bei Besprechung der periodischen Krankheitsformen zurück.

Prognose und Ausgänge der Krankheit.

Bei der Prognose der Melancholie muß, wie bei der Manie, die Vorhersage für den Ausgang der einmaligen Erkrankung durchaus von der Frage, ob Rezidive zu erwarten sind, getrennt werden.

Wenn auch die Melancholie zweifellos häufiger als die Manie als einmalige Erkrankung im Leben vorkommt, ist dennoch ihre Neigung zu Wiederholungen eine nicht zu verkennende.

Namentlich tritt diese Neigung zu Rezidiven bei den Melancholien des jugendllichen Alters in ausgesprochener Weise hervor, so daß man bei einem Anfall von Melancholie in den Jugendjahren immer mit der Wahrscheinlichkeit rechnen muß, daß sich die Krankheit im späteren Leben wiederholt, besonders wenn erbliche Belastung vorliegt. Auch scheinen deutliche Hemmungserscheinungen auf psychomotorischem Gebiete bei diesen jugendlichen Erkrankungsfällen die Wahrscheinlichkeit späterer Wiederholungen zu erhöhen. Die Tendenz zu Rezidiven ist aber keineswegs auf die jugendlichen Depressionszustände beschränkt, auch die auf der Lebenshöhe oder in vorgeschrittnerem Lebensalter, besonders die bei Frauen im Klimakterium, selbst die im beginnenden Greisenalter einsetzenden Melancholien zeigen nicht selten Wiederholungen in bald ganz unregelmäßigen, bald mehr oder

weniger regelmäßigen Zwischenräumen (vgl. Kapitel: Periodische Seelenstörungen).

Was die Prognose des einzelnen Anfalls von Melancholie mit Hinsicht auf das Lebensalter betrifft, so bieten die jugendlichen Melancholien günstigere Chancen für die Heilung dar, wie die Melancholien der höheren Altersstufen, deren Aussichten auf Heilung sich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt etwas zu verschlechtern scheinen. Während erstere in der großen Mehrzahl der Fälle in Genesung übergehen, muß die Prognose der senilen Melancholie als eine zweifelhafte bezeichnet werden.

Auch die Chancen für die Zeitdauer des einzelnen Anfalls werden mit zunehmendem Alter schlechter. Während die Krankheitsdauer der jugendlichen Melancholie in der Regel unter einem Jahr zu betragen pflegt, kommen die senilen Formen nicht selten erst nach ein- oder mehrjähriger Krankheit zum Ablauf.

Von den der Melancholie zugehörigen Symptomen gestattet keines einen sicheren Schluß auf den Endausgang der Krankheit. Doch läßt sich sagen, daß lebhafter Beziehungswahn oder sehr unsinnige Wahnvorstellungen, z. B. hypochondrischer Art im höheren Alter im allgemeinen von ungünstiger prognostischer Bedeutung sind. Das Wiederauftreten der während der Krankheit ausgebliebenen Menses ist häufig ein günstiges Zeichen, auch allmähliches, stetiges Steigen des Körpergewichts pflegt, wenn nicht bereits Zeichen psychischer Schwäche eingetreten sind, auf beginnende Heilung hinzuweisen.

Abgesehen von den in Heilung übergehenden Fällen kommen folgende Endausgänge der Krankheit vor:

In einer Anzahl von Beobachtungen entwickelt sich mit allmählicher Abnahme der gemütlichen Erregung, dem Zurücktreten der Verstimmung und der Wahnvorstellungen ein Zustand geistiger Schwäche. Diese geistige Schwäche kann sich in manchen Fällen bis zu ausgesprochener Demenz weiter entwickeln. Der Ausgang in Demenz kommt in erster Linie bei den senilen Formen der Melancholie zur Beobachtung, jedoch zeigen bereits manche Fälle der früheren Altersstufen des Rückbildungsalters die Tendenz in Schwachsinn überzugehen. Ein Ausgang der jugendlichen Melancholien in dauernde geistige Schwächezustände, die den Namen Demenz verdienen, wird nicht beobachtet. In seltenen Fällen von Melancholie findet ein Uebergang in einen chronischen Krankheitszustand statt, bei dem die Affektstörungen in abgeschwächtem Maße in Gestalt eines wehleidigen, weinerlichen Wesens bestehen bleiben, stärkere Angstempfindungen nicht mehr aufzutreten pflegen.

Der tödliche Ausgang der Melancholie erfolgt am häufigsten durch Selbstmord, und zwar handelt es sich in der Mehrzahl der Beobachtungen um Fälle, welche nicht rechtzeitig in einer Anstalt untergebracht worden sind. Auch durch Inanition infolge hartnäckiger Nährungsverweigerung, sowie durch interkurrente Krankheiten (Darmaffektionen, Tuberkulose) wird mitunter der Tod herbeigeführt.

Aetiologie.

In einer erheblichen Anzahl von Erkrankungen an Melancholie findet sich erbliche Belastung; bemerkenswert erscheint dabei der wesentliche Einfluß einer gleichartigen Vererbung, die

von einzelnen Autoren in der Hälfte aller hereditär belasteten Fälle nachgewiesen wurde. Auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwäche entwickeln sich nicht selten im späteren Leben Melancholien. Unter den die Krankheit auslösenden äußeren Schädlichkeiten kommen zunächst psychische Einflüsse der verschiedensten Art (Gram, Sorgen, unglückliche Liebe usw.) in Betracht. Von körperlichen Störungen sind die verschiedenen, mit dem Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in Zusammenhang stehenden Vorgänge (Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) als Gelegenheitsursachen zu betrachten, welche einen besonders günstigen Boden für die Entstehung der Psychose darbieten und wohl auch das häufigere Vorkommen der Melancholie beim weiblichen Geschlecht bedingen. Es werden ferner die verschiedensten akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (Influenza, Erkrankungen der Unterleibsorgane, besonders Magenaffektionen usw.) als Ursache der Melancholie angeführt, da sie nicht selten dem Ausbruch der Krankheit vorauszugehen pflegen.

Eine wesentliche Bedeutung unter den ätiologischen Momenten kommt inneren mit dem Senium und den präsenilen Altersstufen in engem Zusammenhang stehenden Einflüssen zu. Es scheint, daß die absteigende Kurve des Lebens (das Rückbildungsalter) ganz besonders günstige Bedingungen für die Entstehung der Melancholie schafft. Leicht verständlich ist es, daß das im Alter fast stets vorhandene Gefühl der stetig zunehmenden Leistungsunfähigkeit und der Vereinsamung, die Entstehung melancholischer Zustände begünstigt.

Während bei Frauen diese Melancholien in einem früheren Lebensalter, dem fünften und dem Anfang des sechsten Lebensjahrzehntes, der Zeit der klimakterischen Störungen, zu beginnen pflegen, treten sie bei Männern in der Regel erst in späteren Lebensjahrzehnten, beim Eintritt in das Greisenalter auf. Es läßt sich jedoch eine genaue zeitliche Umgrenzung der fraglichen Phasen des Rückbildungsalters nicht geben, da hier individuelle Unterschiede fraglos sehr in Betracht kommen.

Diagnose.

Bei der Häufigkeit, mit der Melancholien im Senium und in der präsenilen Zeit zur Beobachtung kommen, ist ihre Abgrenzung von den depressiven Stadien der senilen Demenz von Wichtigkeit. Die Diagnose hat sich in erster Linie auf den Nachweis der für die senile Demenz charakteristischen geistigen Schwäche (vgl. Kapitel „Senile Geistesstörungen") zu stützen und erfordert eingehende Untersuchung, da die Abnahme der Intelligenz bei den Melancholien der höheren Altersstufen mitunter nur eine scheinbare ist, durch die Denkhemmung vorgetäuscht wird. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß naturgemäß die senilen Melancholien allmählich in die geistigen Schwächezustände des Seniums überführen können. In diesen Fällen können Ungeheuerlichkeit und Absurdität der Wahnvorstellungen, besonders auch solche hypochondrischer Natur, Abnahme des melancholischen Affekts bei fortbestehender Erregung auf beginnenden Schwachsinn hinweisen.

Erhebliche Schwierigkeiten kann die Unterscheidung der Melancholie von depressiven Phasen im Verlauf der Dementia para-

lytica bereiten, da traurige Verstimmung, Angst, Denkhemmung nicht selten zu hervortretenden Erscheinungen dieser Gehirnerkrankung auf psychischem Gebiet gehören. Bei Stellung der Diagnose ist das größte Gewicht auf den Nachweis geistiger Schwächesymptome zu legen, die bei der Melancholie in den in Frage kommenden Lebensjahren zu fehlen pflegen, bei der Paralyse, wenn mitunter auch nur andeutungsweise vorhanden, nie ganz vermißt werden. Entscheidend für Paralyse ist der Nachweis körperlicher Lähmungserscheinungen (vgl. Kapitel „Paralyse").

Praktisch ist es von Wichtigkeit, bei erstmaligen melancholischen Verstimmungen von früher syphilitisch infizierten Männern im vierten und fünften Lebensjahrzehnt, dem Prädilektionsalter der Paralyse, stets an die Möglichkeit einer paralytischen Erkrankung zu denken und mit der Diagnose einer einfachen Melancholie vorsichtig zu sein.

Eine besonders eingehende und sorgfältige klinische Analyse erfordert die Unterscheidung der Melancholien des jugendlichen Alters von den depressiven und stuporösen Phasen der Katatonie (vgl. Kapitel „Katatonie").

Wir haben schon hervorgehoben, daß ein Teil der früher als Melancholia attonita oder stupida bezeichneten Fälle dem Gebiet der Katatonie angehört.

Für die Unterscheidung der depressiven Zustände der Katatonie von der Melancholie sind folgende Punkte als wichtig hervorzuheben:

Die Herzensangst, die innere Traurigkeit der Melancholie wird bei der Verstimmung des Katatonikers vermißt. Diese Kranken erscheinen im Kontrast zu ihren Wahnvorstellungen auffallend gleichgültig, sie nehmen keinen Anteil an ihrer Umgebung, obwohl sie die Vorgänge um sich herum ganz gut aufzufassen imstande sind, während die Affekterregbarkeit des Melancholikers bei den verschiedensten äußeren Gelegenheiten in deutlicher Weise zum Ausbruch zu kommen pflegt.

Das Auftreten zahlreicher Sinnestäuschungen und unsinniger, besonders hypochondrischer Wahnvorstellungen bei den depressiven Zuständen des jugendlichen Alters macht die Annahme einer sich entwickelnden katatonischen Erkrankung wahrscheinlich.

Sind demnach auf psychischem Gebiete die gemütliche Stumpfheit, die Apathie und Gleichgültigkeit, die Interesselosigkeit gegenüber der Umgebung bei relativ guter Auffassungsfähigkeit, sowie unsinnige Wahnvorstellungen für die Katatonie im Gegensatz zu dem affektbetonten Wesen, der inneren Traurigkeit und ängstlichen Verstimmung, der Denkhemmung bei der Melancholie charakteristisch, so kommen in der motorischen Sphäre die Befehlsautomatie, die Stereotypieen und Manieren, sowie der Negativismus des Katatonikers wesentlich für die Unterscheidung von der psychomotorischen Hemmung der Melancholie in Betracht.

Von besonderer Wichtigkeit und oft recht schwierig ist es, den Negativismus des Katatonikers von dem ängstlichen Widerstreben bei der Melancholie zu trennen. Während bei katatonischen Zuständen der Patient allen Versuchen, ihn aus seiner gezwungenen, starren Haltung herauszubringen, einen sinnlosen, hartnäckigen Widerstand entgegensetzt, affektlos und gleichgültig bleibt, wenn man ihm mit spitzen, schneidenden Instrumenten zu nahe kommt, pflegt der melancholische Kranke unter diesen Umständen ängstlich zurückzuweichen, sich zu wehren, jammernde Laute auszustoßen. Keineswegs sind wir indessen berechtigt in diesem Verhalten ein durchgehendes unterscheidendes Merkmal zu sehen. Es ist

demnach bei Stellung der Diagnose einer Melancholie des jugendlichen Alters, besonders der stuporösen Form derselben, große Vorsicht am Platze und das Bestehen eines katatonischen Zustandes nicht immer leicht auszuschließen. Doch wird man in der Mehrzahl der Beobachtungen zu einer richtigen Diagnose des Krankheitsfalles gelangen, wenn man sich vor Ueberschätzung einzelner Symptome des Krankheitsbildes hütet, stets den Verlauf und die Entwicklung der gesamten Erscheinungen im Auge behält.

Die Trennung der Melancholie von akuten paranoischen Zuständen kann in Fällen Schwierigkeiten bereiten, in denen ausgesprochene Verfolgungsideen und Beziehungswahnvorstellungen das Krankheitsbild beherrschen, wie es bei den durch starken Angstaffekt ausgezeichneten Melancholien des Involutionsalters mitunter beobachtet wird. Dieser mit lebhaften Sinnestäuschungen bei äußerlich geordnetem Verhalten einhergehende Verfolgungswahn kann weitgehende Aehnlichkeiten besitzen mit einer akuten paranoischen Erkrankung, die sich vornehmlich auf dem Boden des Alkoholismus zu entwickeln pflegt, der akuten alkoholischen Paranoia (akute Halluzinose, halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker). Eine genaue Analyse des Verfolgungswahns, wie er im Verlauf einer Melancholie entstehen kann, zeigt jedoch die Abhängigkeit desselben von der Affektstörung der Angst, aus der heraus sich die Beziehungswahnvorstellungen entwickeln. Ferner pflegen die auf dem Boden einer Melancholie entstehenden Verfolgungsideen nicht in systematisierender Weise von den Kranken verarbeitet zu werden, während die in Frage kommenden akuten alkoholischen Psychosen häufig schon frühzeitig ein paranoisches Stadium erkennen lassen, in welchem die Kranken die beängstigenden Trugwahrnehmungen unter einheitliche Gesichtspunkte zu bringen und Erklärungswahnvorstellungen zu äußern pflegen.

In zweifelhaften Fällen kann die Anamnese sowie die Eigenart der auf alkoholischer Basis entstehenden Phoneme den richtigen Weg weisen.

Für die Beantwortung der Frage, ob ein Fall von Melancholie zu den einfachen, rezidivierenden oder periodischen Formen der Krankheit gehört, gibt uns die Symptomatologie keine sicheren Anhaltspunkte. Inwieweit Zeit des Auftretens und Verlauf der Krankheit in dieser Hinsicht Wahrscheinlichkeitsschlüsse gestatten, werden wir bei Besprechung des periodischen Irreseins erörtern.

Therapie.

Da die Art der Behandlung von wesentlichem Einfluß auf Verlauf und Ausgang der Melancholie zu sein pflegt, ist die Kenntnis der in Frage kommenden therapeutischen Faktoren von weitgehender praktischer Bedeutung [1].

Der wichtigsten Anforderung, von dem Kranken alle schädlichen Reize fern zu halten und denselben vor der dringenden Gefahr des Selbstmordes zu bewahren, wird am besten durch Unterbringung des Patienten in einer **geschlossenen Anstalt** genügt.

[1] Ziehen hat die für den praktischen Arzt in Frage kommenden therapeutischen Gesichtspunkte eingehend in einer Abhandlung „Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis" (Altsche Sammlung, Bd. I, H. 2 u. 3, 2. Aufl.) wiedergegeben, auf die wir für ein spezielleres Studium verweisen.

Die Behandlung in der Irrenanstalt wird in allen Fällen, in denen Angstaffekte bestehen und somit die Gefahr des Selbstmordes eine sehr hochgradige und naheliegende ist, zu einer Notwendigkeit. Da aber auch in den leichteren Fällen der Melancholia simplex Angst nicht völlig zu fehlen pflegt und unerwartet ängstliche Erregung aus anscheinend vorher ganz ruhigem Verhalten heraus auftreten können, darf auch bei diesen Fällen die Behandlung in einer offenen Anstalt (Sanatorien) nur dann erfolgen, wenn die äußeren Verhältnisse günstige sind, für andauernde Beaufsichtigung des Kranken durch ein geschultes Wartepersonal Sorge getragen werden kann. Von einem Verbleiben in der Familie muß fast in allen Fällen abgeraten werden, da die gewohnte Umgebung den Kranken am meisten zu erregen pflegt, das Zusammensein mit den Familienangehörigen, die Erinnerungen an den Beruf oder häusliche Pflichten sehr häufig einen ungünstigen Einfluß auf die krankhafte Gemütsstimmung ausüben.

Besonders schädlich pflegen Versuche, durch Zerstreuungen, Reisen, Geselligkeit usw. den Kranken auf andere Gedanken zu bringen, einzuwirken und eine direkte Steigerung der Depression hervorzurufen. In vereinzelten Fällen leichter melancholischer Verstimmungen können durch ruhigen Landaufenthalt bei Trennung von der Familie, unter steter Beaufsichtigung, günstige Erfolge erzielt werden.

Ist demnach die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt für die weitaus meisten Fälle von melancholischer Erkrankung das dringendste Erfordernis, so vergeht leider in der Praxis mitunter einige Zeit, ehe die Aufnahme erfolgen kann. Da erfahrungsgemäß gerade diese Tage von den Kranken zur Ausführung von Selbstmord nicht selten mit Erfolg benutzt werden, ist es Pflicht des Arztes, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln die Kranken in dieser Phase vor Selbstmord zu schützen. Durch geeignete Vorsichtsmaßregeln, Sicherung der Fenster und Türen, event. Unterbringung des Kranken in einem Parterrezimmer, Fernhalten aller schneidenden Gegenstände, auch von Bändern, Schnüren usw. wird dies gelingen, wenn Patient niemals allein gelassen, ununterbrochen, auch bei Nacht, bei Aufsuchen des Klosets usw. überwacht wird.

In der Anstalt kommen folgende Behandlungsmethoden in erster Linie in Betracht, mit denen sehr zweckmäßig schon vor der Einlieferung die häusliche Behandlung beginnen kann.

Nicht nur das beste Beruhigungsmittel ängstlich erregter Kranker, sondern auch die sicherste Ueberwachungsmethode für dieselben ist die **Bettbehandlung**, die man selbst bei langer Krankheitsdauer konsequent durchzuführen versuchen muß.

Die Schlaflosigkeit wird bei den leichteren, nicht von stärkeren Angstaffekten begleiteten Fällen von Melancholie am besten durch abendliche lauwarme Bäder (27—28° R), hydropathische Einpackungen (24—25° R) bekämpft, Prozeduren, die in manchen Fällen zweckmäßig in Verbindung mit Darreichung von Trionaldosen (0,5—1,5 g in warmer Milch) oder von Bromnatrium in kleineren stündlichen Dosen zu 0,5—1,0 g, resp. einmaligen größeren Gaben (2—3 g) zur Anwendung kommen.

Auch der Alkohol kann als Beruhigungs- und Schlafmittel bei leichteren Fällen von Melancholie gute Dienste leisten.

Für viele Fälle mit stärkerer ängstlicher Erregung ist

Opium das souveräne Beruhigungsmittel und die Einleitung einer methodischen Opiumbehandlung indiziert.

Man beginnt mit kleinen Dosen Opii pulv. (0,025—0,05) in Pulvern oder Pillen, Tinct. Opii simpl. 10—15 Tropfen, mehrmals täglich und steigt sukzessive mit diesen Einzeldosen, bis die Gesamtmenge des Opiums 1,0 beträgt, um dann das Mittel nicht plötzlich einzustellen, sondern allmählich mit der Opiumdosis wieder zurückzugehen. Dieses „Ausschleichen" mit der Dosis ist von Wichtigkeit, da schnelles Aussetzen gewöhnlich Exazerbationen der Krankheitserscheinungen hervorzurufen pflegt. Es ist zwecklos, die Opiumbehandlung fortzusetzen, wenn nicht bald eine deutlich beruhigende Wirkung derselben hervortritt. In vereinzelten Fällen wirkt das Opium nicht beruhigend, sondern die Erregung steigernd, so daß ein schnelles, dabei vorsichtiges Aussetzen des Mittels geboten ist. Man kann dann versuchen, durch Morphiuminjektionen (0,01—0,02) oder durch Verbindung von Morphium mit Scopolamin (0,015 Morphini + 0,0005 bis 0,001 Scopolamini hydrobromici) Beruhigung zu erzielen. Zuweilen soll Codein besser wie Morphium oder Opium wirken. In jüngster Zeit ist das Pantopon (subkutan oder in Tablettenform) bei den ängstlichen Erregungszuständen der Melancholie wiederholt als wirksames Beruhigungsmittel verabreicht worden.

Bei der Bäderbehandlung der Melancholie mit stärkerer ängstlicher Erregung ist streng individualisierendes Verfahren geboten, da erfahrungsgemäß durch prolongierte oder Dauerbäder die Angst nicht selten gesteigert wird; auch feuchte Einpackungen können eine Steigerung der Angst zur Folge haben, während sie in manchen Fällen von ängstlicher Verstimmung des Rückbildungsalters, besonders wenn man bei abgemagerten, blutarmen Personen warmes Wasser zur Befeuchtung der Laken verwendet, von günstigem Erfolg begleitet sind.

Eine sehr sorgfältige Berücksichtigung verlangt die Ernährung bei der Melancholie. Die Nahrung muß kräftig und reizlos sein, wiederholtes Darreichen kleinerer Portionen ist einzelnen kopiösen Mahlzeiten vorzuziehen. Reichlicher Milchgenuß, Eier, Fleischspeisen sind empfehlenswert, als erfrischendes Getränk säuerliche Limonaden von Nutzen. Der häufig bestehenden hartnäckigen Obstipation muß durch Massage, Wasser-, Glyzerin- oder Oelklystiere, Einläufe, event. durch innerliche Abführmittel (Rizinusöl) entgegengearbeitet werden. Da das Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt, tut man gut, nach den Mahlzeiten kleine Mengen Salzsäure in Wasser nehmen zu lassen. Auf die Mundpflege der Kranken ist großes Gewicht zu legen.

Bemerkenswert ist, daß durch die Opiumtherapie die Obstipation in keiner Weise vermehrt wird, im Gegenteil bestehende Stuhlverstopfung nicht selten unter dieser Behandlung verschwindet. Wird Opium innerlich von den Kranken nicht vertragen, dann kann man den Versuch machen, es subkutan als Extr. Opii aquosum zu verabreichen. Eine konsequente Durchführung dieser Injektionen scheitert aber in der Regel an der ängstlichen Erregung, in welche die Kranken durch die Einspritzungen versetzt werden.

Bei Nahrungsverweigerung kann man nicht selten durch freundliches oder energisches Zureden die Kranken zum Essen bewegen; mitunter essen sie die neben sie gestellten Mahlzeiten, wenn sie allein gelassen werden, während sie im Beisein anderer die Nahrung verweigern.

Gelingt es nicht mehr, die abstinierenden Kranken durch wiederholtes Einführen kleiner Mengen flüssiger Nahrung in genügender Weise zu ernähren, dann kann man zunächst den Versuch machen, durch Nährklystiere (1/2 l Wasser, 2 Eier, 2 Eßlöffel Stärkemehl, 0,05 Opium, 1 Messerspitze Kochsalz, 31° — nach Ziehens Vorschrift) für die nötige Nahrungszufuhr zu sorgen.

In allen Fällen hartnäckiger Nahrungsverweigerung säume man aber nicht zur Schlundsondenfütterung[1]) zu greifen, die in der Behandlung abstinierender Kranker weitaus den ersten Platz einnimmt und bei sachgemäßer Ausführung sich lange Zeit ohne Schaden für den Patienten durchführen läßt. Die Darreichung reichlicher Mengen von Milch, 1/2 bis 1 Liter mehrmals täglich, mit eingerührten Eiern bei Zusatz von etwas Zucker, Salz und geringen Mengen Alkohols haben sich als zweckmäßig erwiesen.

Bei der psychischen Behandlung der Melancholie sind ruhiges, gleichmäßig freundliches Wesen und vor allem Geduld die wesentlichsten Erfordernisse. Erörterungen und Diskussionen mit den Kranken über ihre Wahnvorstellungen haben keinen Wert.

Bei der Entlassung des Patienten aus der Anstalt ist Vorsicht am Platze, da die Kranken in ihrem Drang nach Freiheit mitunter dissimulieren, um außerhalb der Anstalt bald wieder schwerer zu erkranken oder Selbstmord auszuführen.

Eine erhebliche und dauernde Zunahme des Körpergewichts ist ein wichtiges objektives Zeichen der eingetretenen Genesung, wenn die Besserung der psychischen Symptome mit der Hebung des körperlichen Befindens gleichen Schritt gehalten hat.

Forensisch wichtig sind besonders die homiziden Impulse der Melancholischen, die sich einerseits in Form des Raptus melancholicus in explosiven Gewalttaten gegen die Umgebung entladen, andererseits unter dem Einfluß von Wahnvorstellungen zu Morden führen können. Melancholische Wahnideen bewegen auch in manchen Fällen die Kranken, sich selbst irgend eines Verbrechens zu bezichtigen. Zivilrechtlich ist hervorzuheben, daß Melancholische infolge ihrer traurigen Verstimmung nicht selten zu einer falschen Beurteilung der realen Verhältnisse gelangen, so daß bei Krankheitsfällen von langer Dauer die Entmündigung in Frage kommt.

Literatur.

Außer den unter Manie zitierten Hand- und Lehrbüchern der Psychiatrie;

Berger, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Monatsschrift f. Psych., Bd. 26.

Dreyfus, G., Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena. G. Fischer 1907.

Forster, E., Die klinische Stellung der Angstpsychose. Berlin. S. Karger 1910.

Fürstner, Ueber die Geistesstörungen des Senium. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XX.

Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münchener medizinische Wochenschr., 1905, Nr. 32.

Hübner, Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psych., Bd. 43.

Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 39. Bd., 1905.

Kraepelin, Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. LVI.

Derselbe, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschrift für Neurologie u. Psych., 1899, Bd. VI.

---

[1]) Eine ausführliche Schilderung der praktisch wichtigen Sondenfütterung findet sich bei Pfister (Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung, Stuttgart 1899).

Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie (mit ausführlichem Literaturverzeichnis). Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. XXXVI.
Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. „Die deutsche Klinik“ 1904.
Specht, Ueber den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein, ein Beitrag zur Melancholiefrage. Zentralblatt f. Nervenheilkunde, N. F. XVIII.
Westphal u. Kölpin, Bemerkungen zum Aufsatz von Specht (l. c.).
Wollenberg, Die Melancholie. „Die deutsche Klinik“ 1904.
Ziehen, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Alts Sammlung zwangloser Abhandlungen, 1896, Bd. I, H. 2 und 3.

Periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen.

Wesen und Bedeutung der periodischen Seelenstörungen.

Wir haben schon bei der Schilderung der einfachen Manie und Melancholie die Neigung dieser Krankheiten, zu wiederholten Malen im Leben aufzutreten, betont und hervorgehoben, daß es sich bei diesen Wiederholungen einerseits um Rezidive handelt, die, durch lange Intervalle von der ersten Erkrankung getrennt, mitunter nur einmal während einer langen Lebensdauer zur Entwicklung kommen, andererseits um **periodisch** auftretende Zustände eines veränderten psychischen Verhaltens mit der Tendenz zu häufigen Wiederholungen. Es ist leicht ersichtlich, daß zwischen den rezidivierenden und den periodisch auftretenden Krankheitsfällen fließende Uebergänge bestehen müssen. **Das Wesen der periodischen Seelenstörungen** ist darin begründet, daß die Wiederholung der einzelnen Phasen und Zustände geistiger Erkrankung sich **nicht aus äußeren Veranlassungen** herleiten läßt, sondern daß die **Periodizität** der Anfälle auf Störungen beruht, die **tief in der Organisation des Erkrankten** begründet sind. **Die Entstehung durch endogene Ursachen ist das diese Fälle beherrschende Prinzip.**

Das Krankheitsbild, unter dem die periodischen Seelenstörungen sich darstellen, ist ein verschiedenes, je nachdem immer dieselben Formen bei den wiederholten Erkrankungen auftreten (periodische Manie, periodische Melancholie) oder verschiedene Formen mit größerer oder geringerer Regelmäßigkeit miteinander abwechseln. Der regelmäßige Wechsel von melancholisch-maniakalischen resp. maniakalisch-melancholischen Phasen, die in der Mehrzahl der Fälle durch freie Intervalle getrennt werden, wird als **zirkuläres Irresein** bezeichnet. Das zirkuläre Irresein stellt somit nur eine bestimmte Verlaufsweise der periodischen Seelenstörungen dar, ist dem Wesen nach nicht von denselben zu trennen.

Da jedoch dieser regelmäßige Turnus (Zirkel) der einzelnen Krankheitsphasen zu den seltneren Verlaufsarten der periodischen Erkrankungsformen gehört, sehr viel häufiger ein unregelmäßiger Wechsel depressiver und manischer Krankheitszustände, die einander auch in mannigfacher Weise ersetzen und sich

miteinander vermischen können, zur Beobachtung kommt, ferner zahlreiche Uebergänge von den regelmäßigen zu den unregelmäßigen Verlaufsarten hinüberführen, bezeichnen wir diese große Gruppe der periodischen Psychosen, von denen die streng zirkulären Formen einen kleinen Teil bilden, zweckmäßig mit dem Namen des **manisch-depressiven Irreseins.**

Wenn hiernach unsere Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins eine engere ist, als diejenige, welche ihm KRAEPELIN gibt, welcher, nachdem er auch die Melancholie des Rückbildungsalters als selbständige Krankheit hat fallen lassen, alle Erscheinungsformen der Manie und Melancholie „als eine Einheit auffaßt und die einzelnen Zustandsbilder und Verlaufsarten als Sondergestaltungen des einen gemeinsamen Krankheitsvorganges" — des manisch-depressiven Irreseins — darstellt, so soll mit unserer Abgrenzung keineswegs gesagt sein, daß wir einen wesentlichen, prinzipiellen Unterschied, zwischen den verschieden gefärbten Phasen des manisch-depressiven Irreseins und den Einzelformen von Manie und Melancholie annehmen. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß innere verwandtschaftliche Beziehungen zwischen diesen Verlaufsweisen bestehen. Es soll durch unsere Abgrenzung der auch prognostisch wichtigen Tatsache Rechnung getragen werden, daß Einzelformen dieser Erkrankungen, selten bei der Manie, häufiger bei der Melancholie, besonders der des Rückbildungsalters und der höheren Altersstufen beobachtet werden. Von diesen Einzelformen führen fließende Uebergänge zu den sehr verschiedenartigen Verlaufsweisen des manischdepressiven Irreseins hinüber.

Da bei oberflächlicher Betrachtung die Melancholie und Manie zwei sich diametral entgegengesetzte Krankheitsbilder darzustellen scheinen, wirken die mannigfachen Beziehungen, in welche die manischen und depressiven Krankheitsphasen im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins miteinander treten, zunächst befremdend. Die eingehende klinische Analyse hat jedoch ergeben, daß der zwischen melancholischen und manischen Zuständen bestehende Gegensatz nur ein **scheinbarer** ist, in der Tat eine **innere Verwandtschaft** dieser Formen psychischer Erkrankung besteht.

Diese verwandtschaftlichen Beziehungen werden uns verständlich, wenn wir bedenken, daß ein leichter Grad der einen Krankheit häufig nach Ablauf der anderen einzutreten und in die Rekonvaleszenz hinüberzuführen pflegt (manisches „Nachstadium" der Melancholie), in manchen Fällen auch vorausgehen kann (depressives „Vorstadium" der Manie), daß ferner im Verlauf des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ein Anfall von Melancholie nicht selten durch eine Manie und umgekehrt **ersetzt wird**, daß ferner **fließende Uebergänge** von den rein periodischen zu den zirkulären Störungen vorkommen und schließlich **Mischformen** von manischen und melancholischen Zuständen beobachtet werden. **Die Tatsache der inneren Verwandtschaft der Manie und der Melancholie muß bei Betrachtung der periodischen und zirkulären Seelenstörungen den leitenden Gesichtspunkt bilden, da nur die Berücksichtigung dieser Beziehungen die außerordentlich mannigfachen Krankheitsbilder des periodischen resp. manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins unserem Verständnis näher bringen kann.** Wenn wir bei der folgenden Schilderung die periodischen von den zirkulären Störungen trennen, so geschieht dies einmal aus dem Grunde, daß wohl zweifellos rein periodische Formen der Manie und Melancholie vorkommen, andererseits die Prognose im Einzelfall von der besonderen Form der vorliegenden periodischen Störung beeinflußt werden kann.

Aetiologie.

In der Aetiologie aller periodischen Seelenstörungen spielt die **erbliche Belastung** die größte Rolle; sie läßt sich in der überwiegenden Mehrzahl (zirka 80 %) aller Fälle nachweisen. Auffallend häufig findet sich gerade zirkuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familienmitgliedern, so daß in manchen dieser Fälle sich weitverzweigte Stammbäume der von diesen Psychosen betroffenen Anverwandten konstruieren lassen. Nicht selten erfährt man, daß die Kranken von Jugend auf grüblerische, scheue und stille Naturen oder im Gegenteil aufgeregte, zu lebhaftem Stimmungswechsel neigende Menschen gewesen sind.

Als auslösende Ursachen kommen die bei der Aetiologie der Manie und Melancholie erwähnten Schädlichkeiten in Betracht. Eine hervorragende Bedeutung in der Aetiologie der periodischen Seelenstörungen kommt den Pubertäts- und Entwicklungsjahren in weiterem Sinne bei beiden Geschlechtern etwa bis zum 25. Lebensjahr zu.

Das erste Auftreten der Menses fällt nicht selten mit den ersten deutlichen Symptomen einer beginnenden periodischen Seelenstörung zusammen. Auch in den klimakterischen Jahren kommen in manchen Fällen sich häufiger wiederholende psychische Störungen vom Charakter periodischer Melancholien zur Entwicklung.

Betrachten wir nach diesen einleitenden Bemerkungen die einzelnen Formen der periodischen Seelenstörungen gesondert.

Die periodische Manie.

Symptomatologie und Verlauf.

Diejenigen Kardinalsymptome, die wir bereits bei der Besprechung der einfachen Manie geschildert haben, gehobene Stimmung mit Neigung zu Stimmungswechsel, Ideenflucht, Ablenkbarkeit und Bewegungsdrang, bilden auch die wesentlichen Erscheinungen der periodischen Formen dieser Erkrankung. Jedoch sind diese periodischen Manien in der Mehrzahl der Fälle dadurch charakterisiert, daß die Symptome weniger intensiv auftreten, die einzelnen Anfälle den leichten Graden der Krankheit, der hypomanischen Erregung (vgl. S. 93) entsprechen.

Ein depressives Vorstadium fehlt bei den einzelnen Phasen der periodischen hypomanischen Erregung nicht selten völlig, in manchen Fällen gehen dem Beginn des Anfalls Prodomalerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Angstempfindungen, Störungen des Appetits vorauf, die mit dem gewöhnlich sehr schnellen und unvermittelten Auftreten manischer Symptome sofort zu verschwinden pflegen. Die manische Erregung erreicht sehr rasch eine bestimmte Höhe, welche sie dann in dem einzelnen Krankheitsfall in der Regel nicht überschreitet. Das heitere, lebhafte und gesprächige Wesen, die rastlose Geschäftigkeit, die schlagfertigen, witzigen Antworten lassen den Betreffenden seiner Umgebung oft nicht als krank (folie raisonnante), mitunter leicht angetrunken erscheinen. Diese Verkennung tatsächlich vor-

liegender krankhafter Veränderungen hat für den Patienten in vielen Fällen die unangenehmsten und schwersten Konsequenzen, da er infolge seiner Neigung zu Exzessen in Baccho et Venere, zu großen Ausgaben, tollkühnen Spekulationen, einerseits sein Vermögen ruinieren, andererseits mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen kann. Besonders pflegt der lebhafte Stimmungswechsel, die große Reizbarkeit dieser Kranken zu mannigfachen Verstößen gegen das Gesetz und Bestrafung zu führen, wenn, wie es häufig der Fall ist, die Krankheit nicht als solche erkannt wird.

So beobachtete ich seinerzeit eine an periodischer Manie leidende Patientin, die achtmal mit Haft, viermal mit Gefängnis, einmal mit Zuchthaus und dreimal durch Unterbringung in Korrektionsanstalten bestraft wurde, ehe ihr Zustand richtig gedeutet und sie in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Es bildet deshalb die Kenntnis dieser leichten periodischen Manien und die Vorbeugung ihrer event. Folgen eine wichtige Aufgabe des Arztes [1].

Bemerkenswert ist, daß die einzelnen Anfälle der periodischen Manien sich oft mit „fast photographischer Treue“ gleichen. Dieselben Eigentümlichkeiten des Benehmens und Sprechens, dieselben Veränderungen des Gesichtsausdrucks, das Auftreten flüchtiger Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen stets desselben Inhalts, können in den verschiedenen Anfällen ganz in gleicher Weise auftreten, denselben ein eigenartiges stereotypes Gepräge verleihen. Nicht selten fühlen die Kranken das Herannahen eines neuen Anfalls mit Deutlichkeit voraus, finden sich von selbst wieder in der Klinik, oft schon in charakteristischem äußeren Aufzug, ein.

Die im Anfall zu beobachtenden körperlichen Störungen sind dieselben wie die bei der einfachen Manie beschriebenen Symptome.

Von diesen leichten Formen der periodischen Manie führen Uebergänge zu den schweren Verlaufsarten hinüber, in denen die einzelnen Anfälle mit tobsüchtiger Erregung, in manchen Fällen unter dem Bilde der manischen Verwirrtheit (vgl. S. 93) verlaufen. Seltenere Beobachtungen, in denen massenhafte Sinnestäuschungen bei großer Verwirrtheit das Krankheitsbild in jedem einzelnen Anfalle beherrschen, haben zur Aufstellung einer besonderen Krankheitsform der „periodischen Amentia“ geführt. Auch im Verlaufe ein und desselben Falles können Erregungszustände leichter und schwerer Natur in mannigfachen Abstufungen miteinander abwechseln, häufiger wird beobachtet, daß leichtere Anfälle den Beginn der Krankheit bilden, um mit wachsender Wiederholungsziffer in schwere Erregungsphasen überzugehen.

Während bei den leichteren periodischen Manien die Erregung nach Wochen oder Monaten, ausnahmsweise schon nach Tagen abzulaufen pflegt, kommt bei den schweren Formen eine Verlaufsdauer von einem Jahr und darüber vor. Die einzelnen Anfälle enden in einer Reihe von Fällen sehr plötzlich, fast kritisch, in anderen Fällen kommen sie allmählich zum Ablauf. Ein depressives Nachstadium von verschiedener Dauer und Intensität kann nach den einzelnen Anfällen fehlen, kann aber denselben auch folgen. Fälle, in denen das depressive Nachstadium besonders ausgebildet ist, den Charakter einer mehr selbständigen melancholischen Erkankung dar-

[1]) Für ein eingehenderes Studium dieser praktisch überaus wichtigen psychischen Störungen verweise ich auf die Abhandlung Hoches: „Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins.“ Alts Sammlung, Bd. I, H. 8.

bietet, stellen Uebergangsformen der periodischen Manie zum manisch-depressiven (zirkulären) Irresein dar.

Die freien Intervalle zwischen den einzelnen manischen Anfällen können von sehr verschieden langer Dauer sein, Wochen bis Jahre betragen. Nach längerem Bestehen der periodischen Störungen werden in manchen Fällen die anfallsfreien Intervalle immer kürzer, so daß nur Tage oder Wochen eines normalen Verhaltens die Erregungszustände trennen, während früher Jahre vergingen, ehe ein neuer Anfall einsetzte.

Ein ziemlich regelmäßiges Verhalten der intervallären Zeiten findet man bei den Manien von periodischem menstruellen resp. prämenstruellen Typus, bei denen die Anfälle sich in zirka vierwöchentlichen Intervallen regelmäßig von der ersten Menstruation an oder erst im Zusammenhang mit späteren Menstruationen einzustellen pflegen. Diese Fälle sind für den Verlauf der periodischen Manien geradezu typisch.

Das psychische Verhalten in den freien Zeiten ist ein verschiedenes. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen die sorgfältigste Untersuchung keine krankhaften Erscheinungen in den Intervallen erkennen läßt; in anderen Fällen findet man Zeichen erhöhter Reizbarkeit, Labilität der Stimmung und andere nervöse, auf die hereditäre Belastung hinweisende Symptome.

Ausgang und Prognose.

Der tödliche Ausgang der periodischen Manie ist, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um leichtere Erkrankungsformen handelt, ein seltener.

Bei den schweren Verlaufsarten kann der Tod unter den bei der einfachen Manie (vgl. S. 96) geschilderten Verhältnissen (Phlegmonen, Fettembolien, Verletzungen usw.) eintreten.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist bei dem periodischen Verlauf dieser konstitutionell bedingten Erkrankung nicht zu erwarten; wohl aber kommen lange Zeit dauernde Remissionen, die mitunter Heilung vortäuschen, nicht selten zur Beobachtung. Besonders die menstruell bedingten Formen der periodischen Manie bieten unter günstigen äußeren Bedingungen eine gute Prognose für einen leichten Verlauf mit sehr weitgehenden Remissionen.

Die Prognose des einzelnen Anfalles der periodischen Manie ist zweifellos eine gute. In der großen Mehrzahl der Fälle besteht das Leiden bis zum Lebensende, ohne die geistigen Fähigkeiten des Erkrankten wesentlich zu schädigen. Eine dauernde Einbuße an Intelligenz erleiden mitunter die sich schnell aufeinanderfolgenden Erkrankungsformen mit sehr kurzen freien Intervallen.

Diagnose.

Für die Erkennung des einzelnen Anfalles einer periodischen Manie gelten die bei der Besprechung der Manie (S. 97 u. folg.) angegebenen Merkmale. Was die weitere Frage der Unterscheidung der einfachen von den periodischen Formen der Manie anbetrifft, hoben wir bereits hervor, daß das Zustandsbild allein uns keinen sicheren Schluß nach dieser Richung gestattet. Wenn wir jedoch die Verhältnisse berücksichtigen, unter denen die periodischen Manien aufzutreten pflegen, ergeben sich eine Anzahl

Merkmale, die mit Wahrscheinlichkeit den periodischen Verlauf der Psychose vermuten lassen:

Sehr plötzliches Einsetzen, schneller Ablauf und mildes Auftreten der Erkrankung sprechen für einen periodischen Verlauf, ganz besonders, wenn bei ausgesprochener hereditärer Belastung die Erkrankung im jugendlichen Alter zur Zeit der Pubertätsentwicklung zum erstenmal auftritt, bei Mädchen mit dem Eintritt der Menstruation zusammenfällt. Es machen also leichte hypomanische Erregungszustände jugendlicher Hereditarier, besonders mit den eigenartigen Zügen der folie raisonnante, einen periodischen Krankheitsverlauf von vornherein sehr wahrscheinlich.

Die periodische Melancholie.

Symptomatologie und Verlauf.

Die klinischen Erscheinungen der einzelnen Anfälle von periodischer Melancholie entsprechen in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen den Symptomen der Melancholia simplex, und zwar den leichteren Verlaufsarten derselben (vgl. S. 102 u. folg.). Traurige gedrückte Stimmung, das Gefühl der subjektiven Insuffizienz beherrschen in Verbindung mit Hemmungserscheinungen auf psychomotorischem Gebiet das Krankheitsbild in vielen Fällen. Unbestimmte Angstempfindungen, die auch wohl mitunter den Charakter ausgeprägter Präkordialangst annehmen, sind häufig vorhanden, steigern sich aber nur ausnahmsweise zu den lebhaften Angstausbrüchen der Melancholia agitata. Wenn aus diesem Grunde auch die Besonnenheit in der Mehrzahl der Fälle von periodischer Melancholie erhalten bleibt, sind suicidale Neigungen bei diesen Kranken doch niemals mit Sicherheit auszuschließen. In seltenen schweren Fällen kommt es zu Wahnbildungen. Es pflegen dann dieselben melancholischen Wahnideen sich im Verlauf der verschiedenen Anfälle immer wieder einzustellen.

Die körperlichen Symptome entsprechen denjenigen der Melancholia simplex. Der einzelne Anfall setzt ziemlich rasch ein, um sich bald plötzlich, bald langsam wieder zu lösen. Ein hypomanisches Nachstadium wird bei den leichten periodischen Depressionszuständen häufig vermißt; wenn es vorhanden ist, kann es den Uebergang zu den leichten Formen des zirkulären Irreseins bilden.

Die Zeit der einzelnen Krankheitsphasen sowie die der freien Intervalle ist von recht verschiedener Dauer. Die einzelne Depression pflegt sich über einen Zeitraum von Wochen bis Monaten zu erstrecken, mit freien Zwischenzeiten, die oft ein oder mehrere Jahre betragen.

Die leichtesten Formen der einfachen traurigen Verstimmung, bei denen die Kranken gewöhnlich nicht für krank gehalten werden, nicht in eine Anstalt gelangen, treten nicht selten häufiger, etwa jedes Jahr einmal, in manchen Fällen jeden Monat nach dem menstruellen Typus auf. Die Altersstufen, in welchen die periodischen Melancholien sich in der Mehrzahl der Fälle entwickeln, werden von den Pubertätsjahren, vorzugsweise aber von

der Zeit der senilen Involution gebildet. Im Klimakterium und der präsenilen Zeit werden vielfach periodisch auftretende Melancholien beobachtet. Beachtenswert ist, daß Frauen weit häufiger wie Männer an den periodischen Formen der Melancholie erkranken.

Zwischen den einfachen rezidivierenden Krankheitsformen der Melancholie und den sich häufiger wiederholenden periodischen Störungen kommen naturgemäß die verschiedensten Uebergänge vor.

Ausgang und Prognose.

Für die Chancen des Ausgangs in dauernde Heilung, sowie für die Prognose des einzelnen Anfalls gilt das bei der periodischen Manie Ausgeführte, mit der Einschränkung, daß einmal der tödliche Ausgang wegen der nicht seltenen Suicide häufiger als bei der Manie eintritt, andererseits die melancholischen Anfälle der höheren Altersstufen nicht selten einen Ausgang in Schwachsinn nehmen.

Diagnose.

Sichere diagnostische Zeichen, aus denen zu erkennen wäre, ob eine einzelne Erkrankung an Melancholie zu den periodischen Depressionszuständen gehört, gibt es nicht. Es läßt sich nur soviel sagen, daß melancholische Erkrankungen im jugendlichen Alter eine sehr ausgesprochene Neigung zu Wiederholungen im späteren Leben zeigen, namentlich wenn sie von ausgesprochener Denk- und Willenshemmung begleitet sind. Ferner muß berücksichtigt werden, daß erstmalige Erkrankungen an melancholischer Depression, besonders solche von leichterem, schnell vorübergehendem Charakter, die sich im beginnenden Rückbildungsalter, bei Frauen in den klimakterischen Jahren entwickeln, spätere Wiederholungen des Leidens in kürzeren oder längeren, bald regelmäßigen, bald unregelmäßigen Intervallen wahrscheinlich machen.

Das manisch-depressive (zirkuläre) Irresein.

Das **zirkuläre Irresein** stellt diejenige Form der periodischen Seelenstörungen dar, welche durch die **regelmäßige Aufeinanderfolge zweier entgegengesetzter Zustandsbilder** der **Manie** und **Melancholie** gekennzeichnet ist. Diese beiden Phasen bilden einen **Zyklus.** Die einzelnen Zyklen wiederholen sich nach kürzerem oder längerem freien Intervall während der gesamten Lebensdauer immer wieder, können aber auch in selteneren Fällen ohne freies Intervall fortlaufend ineinander übergehen. Wenn wir diese regelmäßig alternierenden psychischen Störungen, die durch den auffallenden Gegensatz der Symptome in den einzelnen Krankheitsphasen schon lange das Interesse in hohem Grade erregt haben, der folgenden Darstellung zugrunde legen, so geschieht dies mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die schon hervorgehobene Tatsache, **daß zwischen den streng zirkulären und den ungemein zahlreichen Verlaufsweisen mit unregelmäßigem Aufeinanderfolgen manischer und depressiver Zustände die mannigfachsten fließenden Uebergänge bestehen,** auf die wir bei Besprechung der verschiedenen Verlaufsweisen der Krankheit zurückkommen.

Symptomatologie und Verlauf.

In vielen Fällen treten die Symptome in den einzelnen Anfällen des zirkulären Irreseins in der milden Form auf, wie wir sie bei der Hypomanie und den leichten Formen der melancholischen Verstimmung kennen gelernt haben. Der in die Augen fallende Kontrast, in der die heitere Verstimmung der einen Phase sich zu der ihr unmittelbar folgenden traurigen, gedrückten Gemütslage befindet, weist schon bei den leichtesten auch als **Cyklothymie** bezeichneten Verlaufsarten des Leidens, dessen einzelne Phasen, für sich betrachtet, als abnorm kaum angesprochen werden dürfen, auf die krankhafte Grundlage des wechselnden Zustandsbildes hin.

Von einzelnen Erscheinungen pflegen während der manischen Phase gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, Vielgeschäftigkeit, Reizbarkeit in Verbindung mit nörgelndem, rechthaberischem Wesen besonders hervorzutreten, während das depressive Stadium durch Mutlosigkeit, Abnahme der Energie und Arbeitskraft gekennzeichnet ist. Auf körperlichem Gebiete treten während dieser Phasen nicht selten Störungen und Beschwerden mannigfacher Art, namentlich im Verdauungstraktus auf, die häufig infolge Verkennung der psychischen Grundlagen dieser Erscheinungen, zu irrationellen therapeutischen Maaßnahmen führen. Das Aussehen der Kranken in beiden Phasen des Anfalls pflegt ein sehr charakteristisches zu sein. Zur Zeit der heiteren Erregung ist der Blick strahlend, die Gesichtsfarbe gerötet, der Turgor der Gewebe erscheint vermehrt, die Körperhaltung straff, während mit Einsetzen der traurigen Stimmung Falten im Gesicht auftreten, der Blick trübe wird, Haltung und Züge ein müdes, erschlafftes Aussehen erhalten.

Dieselben Veränderungen können bei den einzelnen Anfällen mitunter in stereotyper Weise mit einer fast „photographischen Treue“ immer wieder auftreten. Der Steigerung des Appetits in der manischen Phase entspricht in manchen Fällen auch eine Zunahme des Körpergewichts, während dasselbe im melancholischen Stadium abzunehmen pflegt.

Während die leichteren Grade des zirkulären Irreseins der Umgebung häufig als nicht krankhaft erscheinen, die Betroffenen lediglich für sonderbare, exzentrische, zu Stimmungswechsel neigende Persönlichkeiten gehalten werden, treten in den schwereren Formen ausgesprochene Symptome der Manie und Melancholie in deutlicher Weise hervor. Die Manie kann sich bis zur tobsüchtigen Erregung mit ideenflüchtiger Verwirrtheit steigern, das depressive Stadium das typische Bild einer Melancholie mit den charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen in ihrer verschiedenen Gestaltung, mit Sinnestäuschungen, Neigung zum Suicid usw. darbieten. Die psychomotorische Hemmung der Melancholie, welche das depressive Stadium vieler Fälle von zirkulärem Irresein kennzeichnet, steigert sich mitunter bis zum ausgesprochenen Stupor (vgl. S. 106), der in einer Reihe weiterer Anfälle immer wieder während dieser depressiven Phase auftreten und die Verlaufsweise des „zirkulären Stupors“ annehmen kann. Diese schweren stuporösen Phasen alternieren nicht selten mit den ideenflüchtigen Formen der tobsüchtigen Erregung in mehr oder weniger regelmäßiger Weise.

Ferner sind seltenere Fälle zirkulären Irreseins beschrieben worden, bei denen in den maniakalischen Phasen mannigfache, sich

schnell systematisierende und dem Anfall ein „paranoisches“ Gepräge verleihende Verfolgungs- und Beziehungswahnideen bei ungetrübtem Bewußtsein auftraten, um mit Abblassen der manischen Erregung wieder zu verschwinden.

Was die Ausbildung und Intensität der Symptome anbetrifft, so ist dieselbe häufig in den beiden Krankheitsphasen eine sehr verschiedene. Ein schwerer Stupor kann von leichter manischer Erregung, tobsüchtige Erregung von einem Zustand leichter, schnell vorübergehender Depression gefolgt werden, so daß Verlaufsarten, bei denen die eine Phase nur rudimentär entwickelt, die andere hingegen gut ausgebildet ist, in das Gebiet der periodischen Melancholie oder Manie hinüberführen.

Für die einzelnen Phasen eines Zyklus bildet jäher Anstieg und jäher Abfall der Erscheinungen die Regel.

Der Uebergang der einen Phase in die andere ist ein äußerst mannigfaltiger; er kann ein sehr schneller sein, sich innerhalb weniger Stunden oder über Nacht vollziehen; in anderen Fällen ist er ein mehr allmählicher, und häufig sieht man die entgegengesetzten Zustände mit mannigfachen Schwankungen der Symptome ineinander übergehen. Eine nicht geringere Mannigfaltigkeit wie die Intensität der Krankheitserscheinungen in den verschiedenen Phasen der Krankheit zeigt die Dauer der Zyklen, sowie der sie bildenden einzelnen Phasen und der freien Intervalle, so daß eine allgemein gültige, zeitliche Umgrenzung derselben nicht gegeben werden kann. Da nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen ein regelmäßiger Wechsel von manischen und depressiven Krankheitsabschnitten stattfindet, häufiger erst nach mehrmaliger Wiederholung des einen Zustandsbildes das andere auftritt oder ein ganz unregelmäßiger Wechsel der Krankheitsphasen beobachtet wird, erhält der eng umschriebene Begriff der zirkulären Geistesstörung durch diese dem Wesen nach nicht von ihr zu trennenden Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins eine sehr erhebliche Erweiterung.

Ein besonders helles Licht wird auf die nahen Beziehungen manischer und depressiver Zustandsbilder, wie sie uns in den mannigfachen Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins entgegentreten, durch eigenartige **„Mischzustände“** der scheinbar gegensätzlichen Symptomengruppen geworfen. Für die Auffassung dieser Mischformen ist die Tatsache von Bedeutung, daß innerhalb der einzelnen Phasen des manisch-depressiven Irreseins mitunter für Tage oder Stunden ein plötzlicher Umschlag der Erscheinungen in der Weise stattfindet, daß an Stelle der manischen, melancholische Symptome (resp. umgekehrt) auftreten oder daß dieselben vorübergehend in verschiedener Weise miteinander verschmelzen.

Die durch Verschmelzung der Symptome entstehenden Mischzustände kommen nicht nur im Verlauf der einen oder der anderen Phase des zirkulären Irreseins zur Beobachtung, sie finden sich auch häufig beim Uebergang des einen Zustandes in den anderen. schließlich können sie auch als selbständiger Anfall auftreten, Wochen, Monate dauern und sich mehrfach in derselben Weise wiederholen.

Am deutlichsten pflegt die Mischung der Symptome in dem charakteristischen Bilde des „manischen Stupors“ hervorzutreten, der durch psychomotorische Hemmung bei manischer, heiterer Stimmung gekennzeichnet ist. Wenn die Hemmung in diesem Krank-

heitsbilde hohe Grade erreicht, zu Regungslosigkeit und Mutazismus (Mutismus) führt, verrät mitunter nur der lächelnde, heitere Gesichtsausdruck die gehobene Stimmung. Das völlig unzulängliche gehemmte Verhalten dieser Kranken wird mitunter ganz plötzlich durch Anzeichen eines lebhaften Bewegungsdranges, Herumlaufen, Tanzen, Zerreißen der Kleider, begleitet von Lachen, Schreien, Schimpfen, unterbrochen. Unvermittelt pflegen diese kurzen Erregungszustände wieder in die frühere Regungslosigkeit hinüberzuführen. Als das Gegenstück zum manischen Stupor kann ein Mischzustand aufgefaßt werden, der geradezu dessen „Negativbild" darstellt: die agitierte Depression. Die wesentlichen Symptome dieses Zustandes bestehen in depressiver Stimmung, ängstlicher Erregung mit Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Diese Kranken überschütten den Arzt nicht selten mit einer Flut unzusammenhängender Versündigungsideen, Selbstanklagen und anderen Aeußerungen ihres melancholischen Zustandes, die sie in abspringender, an die Ideenflucht der Manie erinnernden Weise vorbringen (melancholische Ideenflucht).

Die Frage, ob alle Fälle agitierter Melancholie den manisch-depressiven Mischzuständen zu subsumieren sind, befindet sich zur Zeit in lebhafter Diskussion. Wir halten diese Verallgemeinerung nicht für gerechtfertigt, betrachten als Mischzustände dieser Art nur die seltenen, auch durch Ideenflucht und Ablenkbarkeit neben der agitierten Depression charakterisierten Fälle.

Eine dritte Mischform stellt die sog. unproduktive Manie vor, bei der sich neben manischer Stimmung und Erregung, Denkhemmung an Stelle der Ideenflucht findet.

Durch diese verschiedenartigen Mischzustände,[1]) von denen die angeführten nur die häufiger vorkommenden darstellen, werden die schon geschilderten Variationsmöglichkeiten der Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins noch vermehrt und die Krankheitsbilder ungemein vielgestaltige und mannigfache. Da einerseits alle möglichen Kombinationen, was Färbung, Schwere und Zeitdauer der einzelnen Krankheitsphasen betrifft, vorkommen, andererseits die verschiedene Länge der Intervalle dem Krankheitsverlauf ein wechselvolles Gepräge verleiht, ist es leicht verständlich, daß sich eine alle Möglichkeiten der Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins erschöpfende Darstellung nicht geben läßt.

Ausgänge und Prognose.

Die Prognose für den einzelnen Anfall des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ist im allgemeinen eine günstige. Selbst nach langer Dauer des manischen oder depressiven Stadiums pflegen die krankhaften Erscheinungen wieder zu verschwinden. Wenn sich jedoch schwere, lang andauernde Anfälle häufig wiederholen, dann treten in manchen Fällen allmählich dauernde psychische Veränderungen ein, welche in der Regel weniger die intellektuelle

[1]) Ich beobachtete eine eigenartige Mischform von manisch-depressivem Irresein bei einer Patientin, welche nach zuerst alternierendem Verlauf typisch melancholischer und leichter manischer Phasen später bei äußerlich manischem Verhalten (Neigung zu Singen, Pfeifen, schnippischen treffenden Bemerkungen, Ablenkbarkeit usw.) ausgesprochene Kleinheitswahnvorstellungen in den mannigfachsten Variationen vorbringt. Der Gesichtsausdruck zeigt in sehr deutlicher Weise eine Mischung von manischen und depressiven Zügen (sauersüßer Ausdruck).

Seite betreffen, sondern vorwiegend in Veränderungen des Charakters und der gemütlichen Sphäre bestehen. Die Kranken werden reizbar, gleichgültig und willenlos, oft zeigen sie andauernd eine Neigung zu abnormem Stimmungswechsel. Von besonders ungünstiger Bedeutung für die Erhaltung des geistigen Besitzstandes scheint die Kürze der Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen zu sein. Kurzdauernde Anfälle mit ganz kurzen Intervallen, so daß Erregung und Beruhigung in ziemlich regelmäßigem Wechsel fast unmittelbar aufeinanderfolgen, führen häufig ziemlich rasch zur Verblödung.

Bei den streng zirkulären Formen sieht man mitunter, daß sich die Regelmäßigkeit der Zyklen bei langer Dauer der Krankheit mehr und mehr verwischt, die Intensität der Krankheitserscheinungen abblaßt, und die Anfälle immer seltener werden.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist, wenn sich erst einmal Anfälle vom Typus des zirkulären Irreseins entwickelt haben, im Prinzip nicht vorhanden, wir müssen dann stets mit der großen Wahrscheinlichkeit rechnen, daß sich gleiche oder ähnliche Anfälle später wiederholen werden, praktisch aber können besonders die **leichten** Formen des zirkulären Irreseins einen so günstigen Verlauf zeigen, daß die Patienten bei geeignetem Verhalten keine wesentliche, dauernde Einbuße ihrer Lebens- und Schaffensfreudigkeit zu erfahren brauchen.

Diagnose.

Aus der Beobachtung eines einzelnen manischen oder depressiven Anfalls können wir keine sicheren Anhaltspunkte für die Entscheidung der Frage gewinnen, ob derselbe eine Phase im Verlauf des zirkulären Irreseins darstellt. Erst die Feststellung eines aus einem melancholischen und einem manischen Stadium zusammengesetzten Zyklus gibt für die Diagnose genügenden Anhalt.

Je rascher und brüsker sich der Umschwung der einen Phase in die andere vollzieht, je schneller dieselben bei deutlicher Ausbildung der Symptome zum Ablauf kommen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um Stadien des zirkulären Irreseins handelt. Es geht aus unserer Darstellung ferner hervor, daß auch vereinzelte unregelmäßig aufeinander folgende manische und depressive Anfälle weitere Anfälle dieser Art sehr wahrscheinlich machen. Das Auftreten der geschilderten Mischzustände im Verlauf eines manischen oder depressiven Anfalls läßt auf Zugehörigkeit desselben zum manisch-depressiven Irresein schließen. Ja es weisen mitunter schon ganz flüchtige Affektschwankungen, ein kurzes Lächeln, eine treffende lebhafte Bemerkung während der depressiven Phase, auf die Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zum manisch-depressiven Irresein hin. Die durch starke psychomotorische Hemmung ausgezeichneten Depressionszustände des jugendlichen Alters bilden in vielen Fällen die Einleitung zu späteren zirkulären Verlaufsweisen.

Was die Unterscheidung der einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins von den Erregungs- und Hemmungszuständen der Katatonie, der Paralyse usw. betrifft, verweisen wir auf die Ausführungen in den früheren Kapiteln.

Therapie
der periodischen (und zirkulären) Seelenstörungen.

Bei der Behandlung der einzelnen Anfälle im Verlauf der periodischen Manie und Melancholie, sowie der alternierenden Phasen des zirkulären Irreseins gelten dieselben Regeln, die bei der Therapie der einfachen Manie und Melancholie (vgl. S. 100 u. 113) in Betracht kamen. Bei den schweren Fällen ist Anstaltsbehandlung fast stets notwendig. Da jedoch die periodisch auftretenden Psychosen nicht selten einen besonders milden Verlauf zeigen (die sog. Cyklothymien), kann in manchen dieser Fälle bei günstigen äußeren Verhältnissen von der Unterbringung in eine Anstalt Abstand genommen und eine häusliche Behandlung eingeleitet werden.

Vielfach ist der Versuch gemacht worden, die kommenden Anfälle durch Darreichung bestimmter Mittel zu kupieren, wozu besonders Formen mit kurzen, schnell aufeinanderfolgenden Krankheitsphasen geeignet schienen. So hat man in manchen Fällen die zu erwartende Erregung durch Gaben großer Bromdosen (12—15 g täglich) mit Erfolg zu verhindern versucht, um nach den kritischen Tagen ganz allmählich mit der Dosierung des Mittels herunterzugehen. Ferner ist es gelungen, durch subkutane Injektion kleiner Adropindosen, beginnend mit sehr geringen Mengen (0,1—0,3 mg) und allmählichem Steigen mit den Mitteln den Ausbruch der Erregungszustände in einigen Fällen zu kupieren, resp. den Verlauf derselben zu einem milderen zu gestalten. Daß diese Behandlungsmethoden nur im Krankenhaus unter dauernder ärztlicher Kontrolle ausgeführt werden dürfen, bedarf kaum einer Erwähnung.

Besondere Indikationen sind bei der Behandlung der periodischen psychischen Anomalien vom Typus der menstruellen Psychosen zu erfüllen. Vollständige Bettruhe zur Zeit der Menses ist beim Bestehen auch leichtester menstrueller Erregungszustände ein unbedingtes Erfordernis. Zweckmäßig ist es, die Patientinnen schon einige Tage vor dem vermutlichen Einsetzen der Menses das Bett hüten zu lassen und die Bettruhe noch auf einige Tage nach dem Aufhören der Blutungen auszudehnen. Bei den schweren Fällen der menstruellen periodischen Psychosen ist die kupierende Brombehandlung (große Dosen!) in Verbindung mit absoluter Bettruhe und reichlicher Ernährung nicht selten von gutem Erfolg begleitet.

In den intervallären Zeiten ist den an periodisch auftretenden Psychosen leidenden Kranken ein möglichst ruhiges, einfaches Verhalten, Fernhalten von allen Exzessen, besonders auch alkoholischer Art, anzuraten.

Bei dem häufigen Beginn der periodischen Psychosen in den Pubertätsjahren muß die Ueberwachung der geistigen und körperlichen Entwicklung nervös veranlagter Kinder in diesen Zeilen eine besonders sorgfältige sein, um nach Möglichkeit auf dem Wege der Prophylaxe den Ausbruch der Störungen zu verhindern.

Pathologische Anatomie.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Gehirns bei der Manie, Melancholie, den periodischen und zirkulären Geistesstörungen haben bisher ein negatives Resultat ergeben. Es ist noch nicht gelungen, die diesen Psychosen wahrscheinlich zugrunde liegenden

Veränderungen der Hirnrinde durch die uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden nachzuweisen.

Literatur.

Außer den unter Manie und Melancholie zitierten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie:

BUMKE, Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. N. F. Bd. 20.

HOMBURGER, Manisch-depressives Irresein (mit ausführlichem Literaturverzeichnis 1906—1910). Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie 1911, Bd. II.

HOCHE, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausg. von ALT, 1897, Bd. I., H. 9.

HITZIG, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 1.

HÜBNER, Ueber den Selbstmord. Jena 1910 G. Fischer.

KAHLBAUM, Ueber zyklisches Irresein (Vortrag). — Korrespondenzblatt des Verbandes des schlesischen Aerztevereins 1882, Nr. 8.

KEMMLER, Ueber die Depressionszustände des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Archiv f. Psych., Bd. XXVII.

v. KRAFFT-EBING, Psychosis menstrualis, Stuttgart 1902.

MEYER, L., Ueber zirkuläre Geisteskrankheiten. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 4, 1874.

PICK, Ueber Aenderungen des zirkulären Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 51.

PILCZ, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Jena 1901.

REISS, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Berlin 1910. J. Springer.

THALBITZER, Die maniodepressive Psychose. — Das Stimmungsirresein. Archiv f. Psych., Bd. 43.

THOMSEN, Ueber die praktische Bedeutung des manisch-depr. Irreseins. Mediz. Klinik. 1910 Nr. 45, 46.

WILMANNS, K., Die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins (Cyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Sammlung klin. Vorträge Nr. 434, (Inn. Med.).

WEYGANDT. Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, München 1899.

ZIEHEN, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1898, III, 1.

Die Neurasthenie oder Nervenschwäche.[1]

Wesen der Krankheit und allgemeines Krankheitsbild.

Die Nervenschwäche, welche der Neurasthenie den Namen gegeben hat, bildet nur einen Teil der Erscheinungen dieses Leidens. Mit der Schwäche des Nervensystems geht regelmäßig eine große Erschöpfbarkeit desselben Hand in Hand, die den Neurastheniker zu fortgesetzter und andauernder geistiger oder körperlicher Arbeit unfähig macht. Ein wesentliches Symptom tritt uns ferner in der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems entgegen, welche die Ursache ist, daß schon leichteste Reize in quantitativer und qualitativer Hinsicht eine abnorme Reaktion hervorrufen. Durch die

[1]) Den Namen „Neurasthenie" verdanken wir dem amerikanischen Neurologen BEARD, der diese „modernste" Krankheit in ausgezeichneter Weise an der Hand eines großen Beobachtungsmaterials geschildert hat.

geringfügigsten Einflüsse werden die Grenzen des Normalen überschreitende Wirkungen erzielt, die sich körperlich in abnormen Reizerscheinungen, auf psychischem Gebiete in erster Linie in Unlustgefühlen und Verstimmungen oder ängstlichen Erregungszuständen zu äußern pflegen.

Diese erhöhte Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit (reizbare Schwäche) des Nervensystems ist eine in der Neuzeit besonders bei den Bewohnern großer Städte außerordentlich häufig anzutreffende Erscheinung, so daß die Neurasthenie wohl diejenige Neurose darstellt, welche das größte Kontingent der ärztlichen Ratsuchenden Nervenleidenden bildet. Ebenso häufig wie das Leiden ist, ebenso mannigfaltig sind die Erscheinungsformen, unter denen es auftritt. Da die reizbare Schwäche nicht nur das Gehirn, die Sinnesorgane, das Rückenmark, sondern auch den Zirkulations- und Gefäßapparat, das Verdauungs- und Fortpflanzungssystem, die sympathischen Nerven, mit einem Wort **das ganze Nervensystem** ergreifen kann, bietet nach der wechselnden Lokalisation und Verteilung der Symptome das Krankheitsbild eine fast unerschöpfliche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen dar. Von den leichtesten Formen der Neurasthenie, die, noch das Gebiet des Normalen streifend, sich vorwiegend in größerer Empfindlichkeit, Reizbarkeit, leichterem „Angegriffensein" dokumentieren, führen alle Uebergänge zu Verlaufsweisen mit schweren geistigen und körperlichen Krankheitserscheinungen, die jede geordnete Betätigung unmöglich machen, lähmend auf die Leistungsfähigkeit und Lebensfreude einwirken, hinüber.

Aetiologie.

Die wichtigste Vorbedingung für die Entstehung der Neurasthenie bietet die **neuropathische Belastung,** d. h. die in der Familie bestehende, durch Vererbung sich fortpflanzende Neigung zu Erkrankungen des Nervensystems. Auf dem Boden dieser angeborenen nervösen Veranlagung kommen einerseits Fälle von Neurasthenie zur Beobachtung, in denen sich die neurasthenischen Erscheinungen bis in die früheste Kindheit, nicht selten in Verbindung mit anderen körperlichen und geistigen Zeichen der Degeneration verfolgen lassen, andererseits entwickelt sich bei bestehender Heredität häufig im späteren Leben eine Neurasthenie unter der Einwirkung der verschiedenartigsten psychischen und körperlichen Schädigungen. Dieselben Schädlichkeiten können aber zweifellos auch ohne hereditäre Veranlagung zum Ausbruch einer Neurasthenie führen, wenn sie stark genug sind, um ein vorher intaktes Nervensystem vorübergehend oder dauernd in den krankhaften Zustand reizbarer Schwäche zu versetzen.

Alle Einflüsse, die, allgemein gesagt, das Nervensystem übermäßig anstrengen, ermüden und erschöpfen, sind imstande, unter Umständen das Krankheitsbild der Neurasthenie hervorzurufen. Die hervorragendste Bedeutung unter diesen Schädlichkeiten kommt psychischen Momenten zu. Geistige Ueberanstrengung, Ueberarbeitung, Ueberlastung mit Berufsgeschäften spielen unter den ätiologischen Faktoren eine sehr hervorragende Rolle; Kopfarbeiter erkranken deshalb am häufigsten an Neurasthenie, obwohl auch unter den Handarbeitern, in allen Bevölkerungsschichten, die Krankheit weit verbreitet ist.

Namentlich wirkt die Ueberanstrengung in den Fällen schädlich, in denen andauernde intellektuelle Inanspruchnahme mit sich ständig wiederholenden gemütlichen Erregungen und großer Verantwortlichkeit verbunden ist. So sehen wir die Erkrankung nicht selten während der Vorbereitung zu einem Examen entstehen, auch die Schulüberbürdung kann den ersten Anstoß zur Entwicklung des Leidens geben. Ungenügender Schlaf, Mangel an frischer Luft und Bewegung begünstigen in diesen Fällen den Krankheitsausbruch. Der erschwerte Kampf ums Dasein, die gesteigerten Anforderungen, die das moderne Leben an den einzelnen, namentlich in großen Verkehrszentren, stellt, sind eine ergiebige Quelle für die Entstehung von Neurasthenien und haben unzweifelhaft eine erhebliche Zunahme dieses Leidens herbeigeführt.

Neben diesen psychischen Schädlichkeiten kommen bei der Entstehung der Neurasthenie die allerverschiedensten körperlichen Ursachen in Betracht. Sie pflegen besonders wirksam zu sein, wenn sie sich, wie es recht häufig der Fall ist, mit ersteren verbinden. Chronische erschöpfende Krankheiten, insbesondere chronische Affektionen der Verdauungsorgane, ferner die mannigfachen Erkrankungen der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane, unter denen die Gonorrhöe und Syphilis mit ihren Folgezuständen eine hervorragende Rolle spielen, akute Infektionskrankheiten (Typhus, Influenza usw.), von den konstitutionellen Krankheiten vornehmlich Gicht und Diabetes führen nicht selten zu neurasthenischen Symptomenkomplexen.

Sexuelle Exzesse jeder Art, in erster Linie in frühem Alter begonnene und lange Zeit fortgesetzte Masturbation sind eine häufige Ursache (nicht selten allerdings auch Folge) neurasthenischer Erkrankungen.

Körperliche Ueberanstrengungen der verschiedensten Art, Mißbrauch der Genußmittel (besonders des Alkohols und des Tabaks), ausschweifendes Leben, Nachtwachen, alle diese Schädlichkeiten können die Neurasthenie zum Ausbruch bringen, vornehmlich, wenn sie einen noch nicht ausgebildeten, in der Entwicklung begriffenen Organismus (Pubertätsjahre), sowie ein schon geschwächtes oder durch hereditäre Belastung disponiertes Nervensystem betreffen.

In neuerer Zeit ist von Kraepelin der Versuch gemacht worden, die durch erschöpfende Ursachen bei vorher gesunden Menschen hervorgerufenen nervösen Störungen als „chronische konstitutionelle Erschöpfung“ von der auf hereditärer Basis bei Degenerierten entstehenden „Nervosität“ zu trennen. Diese theoretisch wohlbegründete Scheidung wird sich praktisch in der Mehrzahl der Beobachtungen kaum durchführen lassen, da sich bei der Neurasthenie endogene und exogene Krankheitsursachen in der mannigfaltigsten und oft nicht zu entwirrenden Weise miteinander zu verbinden pflegen, so daß es im Einzelfall häufig rein willkürlich ist, ob man hereditäre Belastung oder äußere Schädlichkeiten, deren Wirksamkeit ja wieder in erster Linie von der angeborenen Resistenzfähigkeit des Nervensystems abhängt, ätiologisch in den Vordergrund stellt. Die Tatsache, daß schwere hereditäre Belastung die Prognose beeinflussen und dem Krankheitsbilde symptomatologisch eigenartige Züge verleihen kann, hat Binswanger zur Aufstellung einer besonderen klinischen Varietät „der hereditären Form der psychischen Neurasthenie“ geführt. Cramer hat für diese Form den Namen „endogene Nervosität“ gewählt und sie scharf von der echten „Neurasthenie“ getrennt.

Symptomatologie.

Die reizbare Schwäche, welche wir als eine Grundlage aller Erscheinungen der Neurasthenie bezeichnet haben, tritt uns auf den verschiedensten Gebieten des Nervensystems teils in pathologischen Herabsetzungen der Erregbarkeit, teils in abnormen Steigerungen derselben in überaus mannigfacher Weise entgegen.

Zu den wichtigsten Symptomen gehören Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Schlaflosigkeit, die in sehr verschiedener Intensität und Ausbildung vorhanden sein können. Die Störungen des Schlafes pflegen zu den quälendsten und hartnäckigsten Erscheinungen der Neurasthenie zu gehören.

Unter den Störungen der höheren Sinnesorgane kommen Störungen der Gesichtsempfindung (Flimmern vor den Augen, gesteigerte Lichtempfindlichkeit, Ermüdbarkeit der Augen usw.), die man unter dem Namen der neurasthenischen Asthenopie zusammengefaßt hat, sowie eine Ueberempfindlichkeit gegen Schalleindrücke (Hyperakusis) zur Beobachtung. Recht häufig werden die Erscheinungen der nervösen Asthenopie schon bei Kindern beobachtet.

Sensible Reizerscheinungen in den verschiedensten Teilen des peripherischen Nervensystems spielen eine erhebliche Rolle in dem Krankheitsbilde. Mannigfache neuralgiforme Schmerzen und Parästhesien werden von den Kranken an den Extremitäten und am Rumpfe angegeben. Meist handelt es sich nicht um sehr intensive Schmerzen, viel häufiger um ziehende, vibrierende, drückende, nagende Empfindungen oder um das Gefühl von Taubsein, Abgestorbensein, Kriebeln, Kälte, mit vorwiegender Lokalisation dieser Parästhesien an Händen und Füßen. Die bei Neurasthenikern häufig zu findende oberflächliche Druckempfindlichkeit einzelner Wirbel oder der ganzen Wirbelsäule (Spinalirritation) ist früher oft fälschlich als Symptom eines Rückenmarksleidens gedeutet worden.

Im Bereich der Motilität bilden Schwächegefühl und große Ermüdbarkeit sehr häufige Erscheinungen; die Ermüdbarkeit kann so hochgradig sein, daß schon leichte Anstrengungen vorübergehende völlige Leistungsunfähigkeit zur Folge haben. Das Gefühl der Muskelschwäche ist in der Regel ein subjektives, so daß sich ein Ausfall von einzelnen Bewegungen oder eine deutliche Abnahme der groben Kraft nach Art einer Lähmung nicht nachweisen läßt.

Zittern der Hände in Gestalt eines feinschlägigen Tremors, Zittern der Lider bei geschlossenen Augen, sowie fibrilläre Muskelzuckungen, die besonders häufig am Orbicularis oris und palpebrarum auftreten, sind Erscheinungen, die sich bei der Neurasthenie oft aufs deutlichste ausgebildet finden. In vielen Fällen ist eine Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit nachweisbar. Die Sehnenreflexe, namentlich die Kniephänomene, sind in der Mehrzahl der Fälle gesteigert, mitunter ist auch Fußklonus, meistens jedoch nur in Gestalt eines schwachen, leicht erschöpfbaren Fußzitterns, hervorzurufen.

Im Bereich der Hirnnerven finden sich keine Lähmungserscheinungen, besonders ist die Lichtreaktion der Pupillen stets eine prompte. Pupillendifferenzen geringen Grades sind kein ganz seltenes Vorkommnis.

Die Sprache des Neurasthenikers ist, wenn wir von den häufig vorkommenden Komplikationen mit Stottern und einem leichten, bisweilen unter dem Einfluß psychischer Erregung oder von Ermüdung auftretenden Hesitieren absehen, nicht gestört.

Eine ganz hervorragende Bedeutung kommt den **psychischen Veränderungen** im Krankheitsbilde der Neurasthenie zu. Dieselben fehlen in keinem Falle, häufig stehen sie im Mittelpunkt der krankhaften Erscheinungen und verbinden sich mit den geschilderten körperlichen Symptomen in der mannigfachsten Weise.

Die reizbare Schwäche, welche das Seelenleben des Neurasthenikers kennzeichnet, tritt uns ebenso in der leichten Ermüdbarkeit bei jeder geistigen Anstrengung wie in der krankhaften Reizbarkeit seiner Stimmung entgegen. Schon nach kurzdauernder geistiger Arbeit läßt die Aufmerksamkeit nach, so daß die gewohnten Beschäftigungen weit mehr Zeit in Anspruch nehmen, wie in der gesunden Zeit. Im mündlichen und schriftlichen Verkehr macht sich eine gewisse Zerfahrenheit und Unsicherheit des Gedankenganges bemerkbar, Erscheinungen, welche auf die krankhafte Ermüdbarkeit, nicht auf eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten zurückzuführen sind. Die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, die Unstetigkeit der Gedanken wird gesteigert durch die Neigung dieser Kranken, sich fortwährend mit ihrem Zustand zu beschäftigen, über ihre verschiedenartigen körperlichen Sensationen und Schmerzen, die infolge einer krankhaft veränderten Selbstempfindung in mannigfacher Weise hypochondrisch verarbeitet und gedeutet werden, nachzudenken (vgl. folg. Kapitel). Die reizbare Stimmung, in der sich der Neurastheniker befindet, wird durch die verschiedenartigen Parästhesien und Schmerzen wesentlich gesteigert, der Kranke findet in diesen Einwirkungen eine ergiebige Quelle zu immer neuem Aerger und Mißmut. So kommt es, daß diese Kranken oft durch die geringste Kleinigkeit in heftigen Affekt geraten, durch „die Fliege an der Wand" geärgert werden, daß sie auch den leichtesten Widerspruch nicht ertragen können.

Der neurasthenische Aerger pflegt jedoch nicht von langer Dauer zu sein, nach einer heftigen Entladung alsbald zu verrauchen. In manchen Fällen tritt neben der krankhaften Reizbarkeit ein abnormer Wankelmut und Entschlußunfähigkeit hervor, die den Kranken zu jeder Willensanspannung unfähig macht.

So klagte mir ein jugendlicher Neurastheniker, er könne sich nicht einmal mehr entschließen, dem Arzte gegenüber seine mannigfachen Beschwerden vorzubringen.

Die Schlaffheit und Energielosigkeit kann so weit gehen, daß die Patienten in einen Zustand völliger geistiger und körperlicher Untätigkeit verfallen, den ganzen Tag über auf dem Sofa liegen, schließlich das Bett nicht mehr verlassen wollen. Der rücksichtslose Egoismus, der diese launenhaften Patienten nicht selten beherrscht, macht sie zu einem schwierigen Gegenstand der Behandlung und Pflege. Viele Fälle, in denen die hereditäre nervöse Belastung unter den ätiologischen Momenten in den Vordergrund tritt („hereditäre Form" der Neurasthenie, Binswanger), bieten mannigfache und wechselvolle, auf die Entartung hinweisende Erscheinungen dar, die besonders in Störungen des Trieblebens, ungewöhnlich starken oder abnormen sexuellen Neigungen, Zwangsvorstellungen, in dem Hang zu Träumereien, zum Fabulieren und Lügen, großer Selbstüberschätzung hervortreten. Das gesamte Handeln und Wollen der Kranken kann durch diese Symptome in hohem Grade beeinflußt werden. Die intellektuellen Fähigkeiten der Kranken zeigen meist keine deutlichen Störungen, sie

sind in manchen Fällen, nicht selten in Verbindung mit künstlerischer Begabung, sehr gut entwickelt, obwohl die Patienten selbst klagen, daß sie die Herrschaft über ihr Denken verloren hätten, da sich ihre Gedanken bald überstürzten, bald ihnen der Gedankenfaden abrisse. Die Anfänge des Leidens reichen bei der hereditären Form der Neurasthenie in eine frühe Lebensepoche, meist schon vor die Pubertätsentwicklung zurück.

In einer Reihe von Fällen tritt die reizbare Schwäche der Neurasthenie gegen eine andauernde depressive Stimmung mit Angstanfällen (die „konstitutionelle Verstimmung“ Kraepelins) in den Hintergrund. Diese traurige Verstimmung geht in der Mehrzahl der Fälle mit neurasthenischen Symptomen von Anfang an Hand in Hand, in anderen Fällen kann sie sich dem neurasthenischen Symptomenkomplex erst später zugesellen. Der Grundzug dieser Krankheitszustände wird von einer gedrückten, mutlosen oder auch verbitterten Gemütsstimmung mit Neigung zu heftigen Zornausbrüchen gebildet. Der Verlauf ist ein schleppender, mit mannigfachen Remissionen und Exazerbationen der Krankheitserscheinungen. Ein auffallender Mangel an Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der Stimmung ist für viele dieser Fälle, die bei hereditär Belasteten zur Beobachtung kommen, charakteristisch. Unter dem Namen der „neurasthenischen (Pseudo-) Melancholie“ sind neuerdings Krankheitsformen beschrieben worden (Friedmann), die sich symptomatologisch kaum von den echten Melancholien unterscheiden lassen, ihrem Wesen nach aber als zur Neurasthenie gehörige Erschöpfungsneurosen aufzufassen sind.

Eines der wesentlichsten Symptome der Neurasthenie auf psychischem Gebiet sind **Angstaffekte**, die in verschieden starker Ausbildung fast ausnahmslos vorhanden sind. Die Angstaffekte stellen häufig eine primäre Erscheinungsform der neurasthenischen Seelenstörung vor, nicht selten treten sie aber auch sekundär in enger Verknüpfung mit den mannigfachen, beunruhigenden körperlichen Empfindungen oder als Folge resp. Begleiterscheinung bestimmter Störungen des Vorstellungsablaufes (Zwangsvorstellung) auf. Die mitunter in der Herzgegend oder im Kopf lokalisierte, häufig aber auch ganz unbestimmte Angst kann durch sehr mannigfache äußere Veranlassungen hervorgerufen werden. Manche Neurastheniker empfinden selbst bei der Ausführung der einfachsten, täglichen Verrichtungen (Schreiben, Essen usw.) Angstgefühle (Pantophobie). Bei anderen werden diese Gefühle durch den Anblick einzelner Personen, von Menschen überhaupt oder durch bestimmte Situationen ausgelöst. So hat man eine Anthropophobie (Furcht, mit Menschen zusammen zu sein), Claustrophobie (Furcht, in einem engen Raume zu sein) und viele andere Phobien unterschieden.

Am bekanntesten ist die Agoraphobie (Platzangst oder Platzfurcht), welche darin besteht, daß manche Personen, wenn sie einen freien Platz zu überschreiten im Begriffe sind, von einem enormen Angstgefühl, einer wahren Todesangst, verbunden mit Zittern, Oppressionsgefühl auf der Brust, Herzklopfen, einem Gefühl von Gefesseltsein am Boden, mit der Angst, hinzustürzen, befallen werden. In der zwingenden Gewalt des dem Kranken selbst unerklärlichen plötzlich auftretenden Angstgefühls liegt das Charakteristische des Zustandes, der verschwunden ist, sobald es dem Betroffenen gelungen ist, unter großer Ueberwindung allein oder, was die Ausführung in der Regel bedeutend erleichtert, in Begleitung den Platz zu überschreiten.

Aehnliche heftige Angstempfindungen können beim Passieren langer Häuserfronten, beim Ueberschreiten einer Brücke, inmitten großer Menschenmengen, entstehen. Das Auftreten und die Wiederkehr solcher Anfälle wird nicht selten durch eine gewisse Befangenheit begünstigt, so daß Geistliche beim Betreten der Kanzel, Lehrer auf dem Katheder unter plötzlich auftretenden Angstzuständen zu leiden haben. Auch die Furcht zu erröten (Erythrophobie) mit dieser Vorstellung leicht folgendem Erröten, wird mitunter beobachtet.

In nahen Beziehungen zu den **Phobien,** bei denen unter bestimmten Umständen zwangsweise bestimmte Furchtvorstellungen ausgelöst werden, stehen die **Zwangsvorstellungen** im engeren Sinne.

Das Charakteristische dieser Zwangsvorstellungen besteht nach der Definition C. Westphals darin, daß die Vorstellungen bei intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, sich aus dem Ideenkreis nicht verscheuchen lassen, obwohl sie von dem Betreffenden als abnorme, ihm fremdartige anerkannt werden und er ihnen mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht. Dieser Denkzwang kann als selbständige Erscheinung in dem Krankheitsbilde der Neurasthenie eine so dominierende Stellung einnehmen, daß neben dieser Störung alle übrigen Symptome mehr oder weniger in den Hintergrund treten. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist außerordentlich mannigfaltig, oft ganz gleichgültiger Natur. Sie drängen sich nicht selten in Form von Fragen (Grübel- und Fragesucht) oder in Gestalt des Zweifels (folie du doute) in den Ablauf der Vorstellungen hinein. Die Fragen beziehen sich bald auf die gewöhnlichsten Dinge der Umgebung — wieviel Ziegelsteine auf dem Dach? wieviel Fenster vorhanden? wieviel Menschen gehen vorüber? — bald auf die schwierigsten metaphysischen Dinge, wie ist die Welt — wie sind die Sterne entstanden? was ist Gott, was ist Natur, die Ewigkeit? Alle diese Fragen werden dadurch, daß sie sich in keiner Weise verscheuchen lassen, schließlich bei jeder Beschäftigung, jedem Sinneseindruck auftreten, zu einer äußerst quälenden, krankhaften[1]) Erscheinung.

Die Zwangsvorstellungen in Zweifelform, ob ein Brief richtig in den Kasten geworfen, ein Licht ausgelöscht, die Tür verschlossen, eine Unterschrift richtig gegeben sei, werden häufig beobachtet und imponieren besonders durch sich anknüpfende Handlungen, fortwährendes zwangsartiges Sehen nach dem Licht, wiederholtes Zurückkehren nach der verschlossenen Tür usw. als krankhaft.

In einer weiteren Reihe von Fällen verbinden sich mit den Zwangsvorstellungen motorische Antriebe der sonderbarsten Art. Plötzlich auftretende Vorstellungen gotteslästerlichen oder obszönen Inhalts bei feierlichen Gelegenheiten, die sich mit zwangsartigen Impulsen zu fluchen, obszöne Worte auszustoßen (Koprolalie) verbinden, werden ebenso wie Antriebe, fremde Menschen oder auch geliebte Personen der Umgebung beim Anblick spitziger oder schneiden-

[1]) Die Erfahrung lehrt, daß ähnliche Zustände, das sich zwangsmäßige Aufdrängen von Melodien, Versen, das Zählen von Laternen, Umdrehen von Zahlen, Namen usw. sich vorübergehend auch bei Gesunden, besonders in erschöpftem Zustand, finden, um nach eingetretener Erholung wieder zu verschwinden.

der Instrumente zu verletzen und niederzustoßen, eine Quelle intensiver Beängstigungen für den Kranken. Es ist leicht verständlich, daß Kranke, bei denen die Zwangsvorstellungen mit diesen motorischen Impulsen einhergehen, die sie auf jede Weise zu bekämpfen und zu verbergen suchen, durch ihr dadurch verursachtes sonderbares Benehmen ihrer Umgebung zeitweilig einen geistesgestörten Eindruck machen können.

Was das Auftreten der Zwangsvorstellungen betrifft, befindet sich der Kranke beim ersten Aufsteigen derselben häufig in einer völlig ruhigen, indifferenten Gemütslage, so daß es erst sekundär infolge des quälenden Denkzwanges zu Angstaffekten kommt. Die Angst pflegt besonders dann aufzutreten, wenn der Kranke versucht Widerstand gegen die sich ihm aufdrängenden Zwangsgedanken und Impulse zu leisten, sie kann in diesen Fällen eine bedeutende Höhe erreichen, zu allgemeinen Erregungszuständen („Krisen") führen. In anderen Fällen können bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen Emotionszustände mitbeteiligt sein, ihr Auftreten begünstigen; die erste krankhafte Erscheinung pflegt jedoch auch in diesen Fällen „eine aufsteigende primäre Vorstellung" zu sein. Auf der Höhe der ängstlichen Erregung kann die Einsicht in das Krankhafte und Unsinnige der Zwangsvorstellungen verloren gehen, dieselben können somit vorübergehend den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen. In den Remissionen der Angst gelingt es jedoch fast regelmäßig die Kranken von der Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen wieder zu überzeugen. Es ist deshalb der Uebergang dieser auf dem Boden der Neurasthenie entstehenden Zwangsvorstellungen in Geisteskrankheiten mit fixierten, unkorrigierbaren Wahnvorstellungen nicht zu befürchten.

Diese Zwangsvorstellungen können vorübergehend im Verlaufe einer Neurasthenie besonders in Zeiten großer geistiger Erschöpfung und Ermüdung auftreten, um bei zunehmender Kräftigung völlig zu verschwinden. In anderen Fällen sind sie dauernd vorhanden, verleihen dem Krankheitsbild ein eigenes Gepräge und geben mitunter in paroxysmellen Steigerungen zu schweren Störungen des psychischen Gleichgewichts Veranlassung, ohne jedoch in der Regel selbst bei sehr langem Bestehen eine Schwächung der intellektuellen Fähigkeiten zur Folge zu haben. Die Mehrzahl der Fälle, in denen Zwangsvorstellungen eine hervortretende und langandauernde Erscheinung bilden, sind auf hereditärer, degenerativer Basis entstanden.[1]) Bei ausgesprochener neuropathischer Belastung lassen sich mitunter Zwangsvorstellungen schon im frühen Kindesalter nachweisen.

Man rechnet diese vorwiegend bei Degenerierten vorkommenden Fälle von psychischer Neurasthenie in der Regel den sog. „Grenzfällen" zu, um Zustände zu bezeichnen, die gleichsam auf der Grenze von geistiger Gesundheit und Krankheit stehen, noch nicht den Geisteskrankheiten im engeren Sinne zuzuzählen sind.

Es ist aber zu bemerken, daß auf diesem Boden der Degeneration nicht selten ausgesprochene Psychosen, von kurz dauernden akuten Verwirrtheitszuständen, dem „délire d'emblée" der Franzosen, bis zum ausgesprochenen „degenerativen Irresein" (Binswanger, Ziehen)

---

[1]) Mannigfache Beobachtungen haben gezeigt, daß auch unter den Initialerscheinungen und im Verlaufe der Paranoia, der Melancholie, sowie anderer Psychosen zwangsartig auftretende Vorstellungen vorkommen können (vgl. die betr. Kapitel).

zur Entwicklung kommen. Ferner entstehen bei der „endogenen Nervosität“ im Anschluß an äußere Schädlichkeiten der verschiedensten Art (fieberhafte Erkrankungen, Menstruationsstörungen usw.) mitunter transitorische psychische Störungen, die meist den Charakter eines traumhaft veränderten Bewußtseins tragen und in der Regel nach wenigen Tagen zur Heilung kommen (Cramer). —

Da in einer Anzahl von Fällen vorwiegend bestimmte Organe von den Erscheinungen der reizbaren Schwäche befallen werden, hat man nach der Lokalisation dieser vorherrschenden Symptome eine vasomotorische (angioneurotische), dyspeptische und sexuelle Form der Neurasthenie unterschieden, ohne daß dieser Einteilung eine besondere klinische Bedeutung zukäme. Die gesteigerte Erregbarkeit des Herznervensystems, mannigfache nervöse Störungen des Verdauungsapparates, Herabsetzung der sexuellen Leistungsfähigkeit bis zur Impotenz, bilden in Verbindung mit den verschiedenartigsten krankhaften Empfindungen an den betroffenen Organen wesentliche Erscheinungen dieser Neurasthenieformen.[1])

Bei der vasomotorischen Form klagen die Patienten über Herzklopfen oder über ein beängstigendes Gefühl, als ob das Herz stillstände, sowie über mannigfache unangenehme Sensationen, wie Druckgefühl, Wogen und Brennen, auch über schmerzhafte krampfartige Empfindungen in der Herzgegend. Häufig wird das Gefühl von Blutandrang nach dem Kopf mit plötzlichem Erröten angegeben, welches bei der sog. Errötungsangst (Erytrophobie) eine sehr lästige und hartnäckige Erscheinung bildet.

Viele Kranke klagen über kalte Hände und Füße mit dem Gefühl von Eingeschlafensein und Taubsein derselben, während bei anderen Fällen abnorme Sensationen von Wärme mitunter in Verbindung mit heftigen Schweißausbrüchen hervortreten.

Mit den subjektiven Empfindungen einer veränderten Herzaktion gehen in einer Reihe von Fällen objektive Zeichen einer gestörten Herzinnervation Hand in Hand. Die mannigfachsten Veränderungen der Rhythmik der Herzaktion, Aussetzen des Pulses, das Abwechseln größerer Reihen schnellerer und langsamerer Pulse, mitunter Anfälle von Herzjagen (paroxysmale Tachykardie) werden beobachtet. Die Kranken selbst pflegen diesen Störungen der Herzaktion die größte Aufmerksamkeit zu schenken, jedes Aussetzen des Pulses mit Schrecken wahrzunehmen, so daß viele dieser Herzneurastheniker zu echten „Herzhypochondern“ werden.

In vielen dieser Fälle ist die vasomotorische Uebererregbarkeit dadurch nachweisbar, daß bei leichtem Hautreizen (Streichen mit einem stumpfen Instrument) sich intensive, längere Zeit andauernde Rötung der betreffenden Stelle mit Neigung zu Quaddelbildung (Urticaria factitia, Dermographie) einstellt. Da diese Erscheinung sich jedoch nach neueren Untersuchungen auch recht häufig bei Gesunden findet, kann ihr eine besondere diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden.

In jüngster Zeit hat Herz unter dem Namen „Phrenokardie“ eine Herzneurose beschrieben, deren Hauptsymptome in Herzschmerz, Veränderungen der Atmung und Herzklopfen bestehen. Nach diesem

---

[1]) In betreff der spezielleren Symptomatologie dieser Neurasthenieformen, welche keine selbständigen Krankheitsbilder darstellen, sondern vielfach ineinander übergehen, verweisen wir auf die Lehrbücher der inneren Medizin und der Nervenkrankheiten. An dieser Stelle geben wir nur eine Reihe der wichtigsten Erscheinungen in kurzen Zügen wieder.

Autor soll die Neurose auf speziell sexuellen Ursachen („Sehnsucht nach Liebe“) beruhen. Weitere Untersuchungen zeigten, daß das Krankheitsbild auch unabhängig von irgend welchen sexuellen Momenten bei psychisch Nervösen auftreten kann.

Für die Trennung von organischen Erkrankungen des Herzens ist der Umstand zu berücksichtigen, daß bei neurasthenischen Innervationsstörungen des Herzens, im übrigen Körper Zeichen schwerer Zirkulationsstörungen nicht nachweisbar sind, daß ferner die Abhängigkeit der Erscheinungen von dem allgemeinen psychischen Zustand, mit dessen Schwankungen auch die Herzbeschwerden kommen und vergehen für Neurasthenie charakteristisch ist.

Die nervöse Dyspepsie ist eine sehr häufige Erscheinungsform der Neurasthenie und kann bei längerer Dauer zu tiefgreifenden Ernährungsstörungen mit erheblichem Sinken des Körpergewichts führen. Da schon bei Gesunden Appetit und Ernährungszustand bis zu einem gewissen Grade durch psychische Momente beeinflußt wird, ist es leicht verständlich, daß die reizbare Schwäche des Neurasthenikers mannigfache und hartnäckige Störungen der Magen- und Darmfunktion zur Folge haben kann.

In vielen Fällen ist der Appetit herabgesetzt oder fehlt vollkommen (neurasthenische Anorexie); diese Appetitlosigkeit ist häufig mit abnormen Empfindungen in der Mundhöhle, pappigem unangenehmen Geschmack verbunden. Nach den Mahlzeiten pflegen sich während des Verdauungsaktes unangenehme Empfindungen von Vollsein und Druck in der Magengegend, die sich bis zu ausgesprochenen Schmerzen steigern können, in Verbindung mit mannigfachen motorischen Störungen, wie Aufstoßen, Würgen, Erbrechen, selbst echtem Wiederkäuen (Rumination) einzustellen. Ein recht häufiges Symptom bildet dabei eine lebhafte peristaltische Unruhe des Magens und der Därme mit dem Gefühl von Flatulenz, der Gasauftreibung des Magendarmkanals. In vielen Fällen sind diese Störungen mit chronischer Obstipation verbunden, selten bestehen plötzliche gewöhnlich durch heftige Gemütserregungen hervorgerufene Diarrhöen, die sich auch an jede Nahrungsaufnahme anschließen können. Sehr wesentlich werden alle diese Erscheinungen von dem allgemeinen Nervenzustand und der jeweiligen Gemütsstimmung beeinflußt, so daß bei psychischer Ablenkung die Beschwerden vorübergehend ganz verschwinden können.

Störungen des Sexualapparates beherrschen nicht selten das Krankheitsbild der Neurasthenie und bilden besonders häufig den Mittelpunkt der Störungen in den Fällen, in denen sexuelle Schädlichkeiten, in erster Linie Onanie, unter den ätiologischen Momenten eine Rolle spielen.

Die gesteigerte sexuelle Phantasie des Neurasthenikers ist häufig mit exzessiver Neigung zur Masturbation verbunden; diese wieder kann zu mannigfachen Reiz- und Schwächezuständen des Geschlechtsapparates führen. Unter diesen Störungen bilden häufige Pollutionen eine der gewöhnlichsten Klagen der Patienten. Diese Pollutionen treten oft mehrmals in der Nacht, mitunter auch am Tage unter der Einwirkung irgendwelcher sexueller Erregungen auf; in manchen Fällen findet der Samenabgang auch bei der Urin- und Stuhlentlehrung oder ohne nachweisbare äußere Reize statt (Spermatorrhöe). Diese Samenverluste pflegen eine Quelle mannigfacher Befürchtungen und Selbstvorwürfe für die Kranken zu werden, zumal

in populär medizinischen Schriften, die Folgen der Selbstbefleckung in den grellsten und sehr übertriebenen Farben geschildert werden. Die psychische Depression, welche sich bei diesen Kranken entwickelt, führt in Verbindung mit ihrem immer mehr abnehmenden Selbstvertrauen und einer krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtung häufig zur Herabsetzung der Potenz, welche sich bis zu völliger Impotenz steigern kann. Diese ist also wohl in der Mehrzahl der Fälle eine vorwiegend psychisch bedingte. Neurastheniker mit krankhaften Samenverlusten stellen wohl das größte Kontingent der über Impotenz klagenden Kranken dar.

Schwere Störungen der Blasenfunktion werden bei Neurasthenikern nicht beobachtet; nicht selten finden sich jedoch die Erscheinungen „der reizbaren Blase“ mit vermehrtem Harndrang und häufiger, mitunter schmerzhafter Entleerung kleinerer Urinmengen. Auch bei diesem Symptome ist die psychogene Entstehung, die Abhängigkeit des Urindranges von der Vorstellung oft in evidenter Weise zu konstatieren.

Eine eingehendere Schilderung verlangt eine Gruppe von Krankheitszuständen, die zur Neurasthenie in engster Beziehung stehen, aber durch Komplikationen mit anderen Neurosen, besonders der **Hysterie,** häufig ein eigenartiges Gepräge erhalten, die sog. **traumatischen Neurosen (Unfallneurosen, Schreckneurosen).** Diese Krankheitszustände entstehen im Anschluß an körperliche Verletzungen der verschiedensten Art, unter denen die mit Erschütterungen einhergehenden (Eisenbahnunfälle) die wichtigsten sind. In einer großen Anzahl von Fällen ist aber **nicht** das materielle Trauma das die Krankheit auslösende Moment, sondern es bildet die mit ihm verbundene psychische Erschütterung Ausgangs- und Mittelpunkt der Krankheitserscheinungen. Ja es kann das psychische Trauma allein diesen Symptomenkomplex in deutlicher Weise hervorrufen.

So behandelte ich einen Lokomotivführer, durch dessen Geistesgegenwart und entschlossenes Handeln ein drohendes Eisenbahnunglück verhütet wurde, der infolge der hochgradigen, durch die plötzliche Gefahr hervorgerufenen Erregung unter den charakteristischen Erscheinungen der traumatischen Neurose erkrankte.

Mit dem Schreck und der Aufregung verbinden sich in manchen Fällen eine Reihe anderer psychischer Schädigungen. Gedanken über die Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sowie die Sorge über die mit dieser Frage eng zusammenhängenden Entschädigungsansprüche (Unfallrente) pflegen in dem Bewußtsein des Verunglückten bald eine dominierende Stellung einzunehmen, sich mit seinem Ideenkreis auf das festeste zu verbinden, so daß sie eine Quelle andauernder, krankhafter Selbstbeobachtung werden.

Diese gesteigerte Selbstbeobachtung des Kranken gestaltet die psychischen Veränderungen zu ungemein charakteristischen. Die Stimmung der Traumatiker ist fast andauernd eine trübe, gedrückte, sie sind unlustig zu jeder Arbeit, völlig energielos, in manchen Fällen steigert sich die Depression bis zu ausgesprochen hypochondrischen Zuständen (vgl. folg. Kapitel). Ein gewisser wehleidiger, dabei apathischer Gesichtsausdruck ist für viele dieser Kranken fast pathognomonisch.

Die reizbare Schwäche tritt uns in der abnormen Reizbarkeit, ängstlichen Unruhe und Weinerlichkeit der Patienten entgegen.

Alle diese Erscheinungen pflegen außerordentlich hartnäckig zu sein, durch die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen kaum beeinflußt zu werden. In vereinzelten Fällen schließen sich an das Trauma nach längerer oder kürzerer Zeit eigenartige deliriöse Verwirrtheitszustände (hysterische Dämmerzustände) an, in denen die Kranken mitunter Fragen der allereinfachsten Art verblüffend falsch beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgeben, daß sie den Sinn der Fragen annähernd erfaßt haben. Es ist wichtig, dies Symptom des Vorbeiredens bei den Dämmerzuständen der traumatischen (Schreck-) Neurose zu kennen, um aus den sinnlosen Antworten der Patienten nicht ohne weiteres den mitunter naheliegenden Schluß einer beabsichtigten Simulation von Geistesstörung zu ziehen.

Ueber Gedächtnisschwäche und Abnahme der Intelligenz wird von vielen Kranken geklagt, jedoch läßt sich in der Mehrzahl der Fälle nachweisen, daß es sich weniger um eine wirkliche Abnahme dieser Fähigkeiten, wie um große Ermüdbarkeit des Denkprozesses und der Merkfähigkeit handelt.

Von subjektiven Klagen und objektiv nachweisbaren Symptomen finden wir die bei der Neurasthenie geschilderten Erscheinungen (vgl. oben) in mannigfachen Kombinationen vor.

Eine sehr wesentliche Rolle im Krankheitsbilde kommt Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, sowie einer gesteigerten Erregbarkeit[1]) des Herznervensystems zu. Auch Krämpfe und psychische Attaken epileptischer Natur sind beobachtet worden.

In den meisten Fällen von traumatischer Neurose gesellen sich den Symptomen der reizbaren Schwäche motorische und sensible Lähmungserscheinungen hinzu, die nach der Art ihrer Entstehung und Ausdehnung als hysterische aufgefaßt werden müssen. Die motorischen Lähmungen entsprechen dem Typus der hysterischen Hemiparese resp. Hemiplegie, selten dem der Paraparese oder Paraplegie, sie sind häufig von Zittern begleitet, welches in manchen Fällen hohe Grade erreicht und in Verbindung mit den Lähmungserscheinungen zu dem Symptomenkomplexe der pseudospastischen Parese mit Tremor führen kann. Die Gangstörungen der Traumatiker sind indessen sehr verschiedenartig, es kann der Gang mitunter an das Taumeln eines Betrunkenen erinnern, dem ataktischen Gange ähnlich sein oder einen plumpen, steifen Charakter zeigen.

Die hysterischen Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen gehören zu den konstantesten Erscheinungen. In der Regel handelt es sich um ausgedehnte, mitunter halbseitige Hypästhesien, weit seltener um vollständige Anästhesien. Auch an zirkumskripten Hautstellen lokalisierte Hypästhesien sind beobachtet worden.

Unter den sensorischen Sensibilitätsstörungen ist die häufigste die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, neben der aber auch Herabsetzungen des Gehörs, Geruchs und Geschmacks nicht selten vorkommen. Von größter Wichtigkeit für die Beurteilung der hysterischen Lähmungserscheinungen sowohl auf motorischem wie sensiblem Gebiete ist die Tatsache, daß sie, wenn sie einseitig auftreten, sich immer zuerst ausschließlich oder vor-

---

[1]) Durch Drücken bestimmter schmerzhafter Stellen gelingt es mitunter, eine deutliche Beschleunigung der Herzaktion hervorzurufen (Mannkopf'sches Symptom).

wiegend auf der Seite entwickeln, an welcher das Trauma angegriffen hat. Es liegt in der Art der Entstehung der traumatischen Neurosen und ihrer praktischen Folgen, daß man bei ihrer Beurteilung das Vorkommen von Simulation resp. Aggravation der Krankheitserscheinungen im Auge behalten muß, da der Wunsch, eine möglichst hohe Unfallrente zu erzielen, seit der Unfallgesetzgebung mit dem Vorstellungsleben des Traumatikers eng verknüpft ist. Die objektiv nachweisbaren Zeichen, die Steigerung der Sehnenphänomene, die Erhöhung der mechanischen Muskel- und Nervenerregbarkeit, fibrilläre Muskelzuckungen oder auch Zittern und klonische Zuckungen in einzelnen Muskeln, die vasomotorischen Phänomene, die häufig nachweisbare Pupillendifferenz, werden bei der zur Beurteilung hysterischer Erscheinungen notwendigen Uebung und Erfahrung (Vermeidung suggestiver Einflüsse!) unter Berücksichtigung des gesamten psychischen Verhaltens des Patienten in der Regel zu einer richtigen und gerechten Beurteilung des Falles führen. Stets ist daran festzuhalten, daß bewußte, absichtliche Simulation keine häufige Erscheinung ist, daß Uebertreibungen mancher Krankheitserscheinungen zu den der Hysterie eigentümlichen psychischen Veränderungen gehören.

Verlauf und Prognose der Neurasthenie.

Der Verlauf der Neurasthenie ist meistens ein chronischer. Die Krankheit zieht sich mit mannigfachen Exazerbationen und Remissionen der neurasthenischen Erscheinungen über Jahre hin. Akute, in einigen Monaten zum Ablauf kommende Fälle gehören zu den Ausnahmen.

Die günstigste Aussicht auf dauernde Heilung bieten die ohne nervöse Belastung infolge einer nachweisbaren äußeren Veranlassung entstehenden Fälle, in denen es gelingt, ehe die Krankheit weit vorgeschritten ist, diese Schädlichkeiten für die Zukunft zu beseitigen.

Eine Ausnahme bilden die traumatisch bedingten Fälle, deren Krankheitserscheinungen, wie oben ausgeführt, ungemein hartnäckig zu sein und allen therapeutischen Bemühungen zu trotzen pflegen. Ausgesprochene hereditäre Belastung verschlechtert die Prognose, besonders wenn die Entwicklung des Leidens eine langsame, schleichende ist, und wenn psychische Symptome, die auf eine degenerative Grundlage des Leidens hinweisen, in dem Krankheitsbilde dominieren.

So bieten Beobachtungen, in denen Zwangsvorstellungen eine hervorragende Rolle spielen, in der Regel ungünstige Aussichten auf Genesung. Das ganze Leben ist hier mitunter eine ununterbrochene Kette von Krankheitserscheinungen. Bei den auf schwerer degenerativer Grundlage beruhenden „Grenzzuständen“ können manche Krankheitserscheinungen, besonders Phobien, eine solche Höhe erreichen und die Kritik der Kranken über den eigenen Zustand derartig trüben, daß von einer Behandlung in offenen Sanatorien abgesehen, und die Ueberweisung der Kranken in eine geschlossene Anstalt erfolgen muß.

Wenn nun auch in diesen Fällen dauernde Heilungen nicht zu erwarten sind, können doch meistens durch geeignete therapeutische Maßnahmen Besserungen erzielt und die Beschwerden gemildert werden.

Diagnose.

Bei der Stellung der Diagnose Neurasthenie muß daran gedacht werden, daß im Beginn und im Verlauf innerer Krankheiten Symptome vorkommen, die neurasthenischen sehr ähnlich sind, daß sich andererseits auf dem Boden schwerer organischer Erkrankungen die Neurasthenie entwickeln kann, daß demnach eine sorgfältige Untersuchung des gesamten Organismus die Vorbedingung für die richtige Erkennung und Behandlung des Leidens bilden muß. Von den Erkrankungen des Nervensystems ist es in erster Linie die Dementia paralytica, deren Unterscheidung von der Neurasthenie von hervorragender Wichtigkeit ist, da die Symptome der Paralyse in ihrem Frühstadium mit denen der Neurasthenie weitgehende Aehnlichkeit haben können.

Reizbarkeit, große Ermüdbarkeit bei geistiger Anstrengung, Störungen des Schlafes, Kopfschmerzen, Schwindelanwandlungen, Zittern der Hände und Finger sind in vielen Fällen beiden Krankheiten gemeinsame Erscheinungen. Von entscheidender Bedeutung für die Differentialdiagnose ist der Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vgl. Kapitel „Paralyse"), die bei der Neurasthenie stets fehlen, bei der Paralyse in vielen Fällen schon in frühen Stadien nachweisbar sind.

Solange körperliche Lähmungserscheinungen fehlen, kann die Unterscheidung einer beginnenden Paralyse von der Neurasthenie sehr große Schwierigkeiten bereiten, indessen zeigen auch die initialen psychischen Symptome beider Krankheiten Unterschiede, deren Berücksichtigung den richtigen Weg mitunter weist. Schon sehr frühzeitig pflegt sich bei der Paralyse eine Abnahme der Intelligenz, Urteils- und Kritiklosigkeit bemerkbar zu machen. Diese Erscheinungen fehlen bei der Neurasthenie, können vorübergehend durch die Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit dieser Kranken vorgetäuscht werden. Schon frühzeitig tritt ferner bei der Paralyse häufig eine Veränderung des Charakters ad pejus hervor, die besonders durch die Verwischung der feinen Züge und Nuancen, welche die Eigenart der Persönlichkeit ausmachen, deutlich wird. Diese Charakterveränderung kommt der Neurasthenie nicht zu.

Die Beurteilung des eigenen Zustandes pflegt in beiden Krankheiten eine recht verschiedene zu sein. Während der Neurastheniker sich selbst mit minutiösester Genauigkeit beobachtet, in seiner Schilderung oft eine scharfe Beobachtungsgabe zeigt, nicht selten in exaktester Weise über alle Beschwerden Buch führt, ist das Krankheitsbewußtsein des Paralytikers oft ein sehr unklares, die Selbstbeobachtung und Kritik eine äußerst mangelhafte, sein ganzes Wesen trägt den Stempel der Apathie und Indolenz.

Wesentlich kann die Diagnose schließlich durch die anamnestischen Daten gestützt werden. Schwere neurasthenische Symptome, die bei früher syphilitisch infizierten, sonst gesunden Personen in den besten Jahren ohne äußere Veranlassung plötzlich auftreten, müssen den Verdacht einer beginnenden Paralyse erwecken, während greifbare erschöpfende Ursachen oder ausgesprochene neuropathische Belastung mit nervösen Zuständen im Vorleben des Patienten eine Neurasthenie wahrscheinlicher machen.

Erhebliche Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose der Neurasthenie von den arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns

bereiten, da Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisstörungen, zu den häufigsten Symptomen bei beiden Erkrankungsformen gehören. In vielen Fällen wird die Berücksichtigung des Alters des Patienten, eine genaue Untersuchung des Gefäßsystems, sowie der Umstand, daß es sich bei der Neurasthenie in der Regel nicht um schwerere objektiv nachweisbare Schwindelanfälle, sondern mehr um ein subjektives Schwindelgefühl handelt, der Diagnose den richtigen Weg weisen.

Für die Unterscheidung der depressiven Form der Neurasthenie (der konstitutionellen Verstimmung) von der Melancholie kommt in erster Linie der Nachweis der körperlichen und psychischen Symptome der Neurasthenie (Parästhesien, Schmerzen, Reizbarkeit usw.) in Betracht, die dem Krankheitsbilde der Melancholie fremd sind.

Ausgesprochene melancholische Kleinheitswahnvorstellungen pflegen den depressiven neurasthenischen Formen zu fehlen, ebenso vermissen wir bei ihnen die anhaltende Gleichmäßigkeit und die Intensität der melancholischen Verstimmung; ein schleppender Krankheitsverlauf mit ganz unregelmäßigen Schwankungen ist diesen Zuständen, von denen mannigfache Uebergänge zu den leichten, auf konstitutioneller Grundlage beruhenden Krankheitsfällen periodischer Verstimmung (vgl. Kapitel „Periodische Seelenstörungen") hinüberführen, eigentümlich. Die Verwechslung dieser Verstimmungen mit neurasthenischen Zuständen erklärt manche der überraschenden Heilungen derselben, wenn die Behandlung im Sanatorium mit dem Umschlag der depressiven in die hypomanisch gefärbte Phase der Krankheit zusammenfällt.

Bei der Trennung von der Hysterie ist das Fehlen des für diese Krankheit so charakteristischen hysterischen Wesens (vgl. Kapitel „Hysterie") hervorzuheben. Es werden ferner bei der Neurasthenie die zum Krankheitsbilde der Hysterie gehörigen Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie Hemiparesen, Kontrakturen, Sensibilitätsstörungen, Krampfanfälle usw. vermißt. Daß aber zwischen der Neurasthenie und Hysterie Uebergangsformen, sowie Vermischungen der Symptome beider Krankheiten vorkommen, geht besonders deutlich aus dem Symptomenkomplex der traumatischen Neurosen, wie auch aus zahlreichen anderen Beobachtungen hervor.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Diagnose „Neurasthenie" zweifellos häufiger gestellt wird, als die Krankheit in der Tat zur Beobachtung kommt. Der Umstand, daß allgemeine nervöse Erscheinungen nicht selten das Prodromalstadium der verschiedenartigsten Psychosen bilden, in Verbindung mit der Tatsache, daß neurasthenische Symptome sich in mannigfaltiger Weise mit den Symptomen anderer Psychosen verbinden können, erklärt diese diagnostischen Irrtümer. Erst eine längere Beobachtung des Krankheitsfalles ermöglicht mitunter eine richtige Diagnose.

Therapie.

Bei der Behandlung der Neurasthenie muß das Fernhalten von allen Faktoren, welche auf das Nervensystem einen erregenden oder erschöpfenden Einfluß haben, den leitenden Gesichtspunkt bilden. Es ist deshalb Ruhe auf intellektuellem und gemütlichem Gebiete in Verbindung mit körperlicher Pflege und Kräftigung die wesentlichste therapeutische Bedingung, für deren Erfüllung die Ent-

fernung der ätiologisch schädlichen Einflüsse zunächst in Betracht kommt. Bei geistiger Ueberarbeitung ist das Fernhalten von jeder anstrengenden Tätigkeit, bei körperlich Erschöpften Ruhe, körperliche Erholung, die erste Bedingung. Von der Schwere der Erkrankung hängt es ab, inwieweit leichtere geistige Arbeiten resp. mäßige körperliche Bewegung dem Patienten zu gestatten sind. In den zahlreichen leichteren Fällen wird Ablenkung der Aufmerksamkeit von dem eigenen Zustand durch ausgewählte Lektüre, durch Bewegung im Freien in Verbindung mit methodisch ausgeführten gymnastischen Uebungen, bei denen jede Ueberanstrengung vermieden werden muß, von Erfolg begleitet sein. Regelmäßiges Abwechseln von Ruhe und mäßiger Bewegung, Hebung des Ernährungszustandes durch ein geeignetes, vom Arzte vorgeschriebenes diätetisches Verhalten ist dabei die Vorbedingung.

Bei den schwereren Graden der Erschöpfung ist oft längere Zeit durchgeführte Bettruhe, in manchen Fällen in Verbindung mit einer sog. „Mastkur“[1]) am Platze, da erfahrungsgemäß der neurasthenische Zustand durch ein gewisses Maß von Ueberernährung günstig beeinflußt zu werden pflegt, während forcierte Entfettungskuren diesen Kranken entschieden schädlich sind. Auf jeden Fall ist es notwendig, durch bestimmte diätetische Vorschriften (gemischte, leicht verdauliche Nahrung, häufige kleine Mahlzeiten) die Ernährungsweise der Kranken sorgfältig zu regeln.

Die Hydro- und Elektrotherapie stellen wichtige Faktoren bei der Behandlung des Leidens dar. Für die bemittelten Stände sind die Sanatorien und Wasserheilanstalten geeignete Orte, um sich diesen Behandlungsmethoden in ihren mannigfachen Variationen zu unterziehen.

Leichtere hydrotherapeutische Kuren (kalte Abreibungen, Sitzbäder, laue Halb- und Vollbäder) können auch bei der Behandlung im Hause durchgeführt werden.

Als ein erfreulicher Fortschritt muß es bezeichnet werden, daß in neuester Zeit der Anfang gemacht ist, auch den zahlreichen unbemittelten Neurasthenikern durch Einrichtung besonderer Nervenheilstätten[2]) Gelegenheit zu einer den modernen therapeutischen Anforderungen entsprechenden Behandlung ihres Leidens zu geben. Außer den mannigfachen „physikalischen Heilmethoden“ kommt in diesen Anstalten das Bestreben, die Kranken durch methodische Uebungen wieder an die Arbeit zu gewöhnen, sie im Garten und in den Werkstätten wieder für die Anforderungen des Lebens zu erziehen, unter den therapeutischen Maßnahmen wesentlich in Betracht.

Bei der Verordnung klimatischer Kuren ist strenge Individualisierung erforderlich, da die Kranken in sehr verschiedener, oft nicht im voraus zu übersehender Weise auf klimatische Einflüsse reagieren. Bei manchem Kranken werden ausgezeichnete Erfolge durch einen Aufenthalt an der See erzielt, während das Be-

---

[1]) Diese von Weir-Mitchel, Playfair u. a. ausgebildete Methode der Ueberernährung besteht im wesentlichen in möglichst ausgiebiger Ernährung (2—3 stündliche Darreichung kleiner Portionen, zunächst vorwiegend Milch, dann gemischte Kost in steigender Menge) bei völliger geistiger und körperlicher Ruhe. Für Regelung der Verdauung und der Zirkulation muß durch regelmäßige Massage und allgemeine Faradisation Sorge getragen werden.

[2]) Derartige Heilstätten sind das „Haus Schönow“ in Zehlendorf bei Berlin, die Rasenmühle bei Göttingen, und Roderbirken in der Rheinprovinz.

finden anderer durch das Gebirge günstiger beeinflußt wird. Auch Winterkuren im Hochgebirge (St. Moritz, Grindelwald usw.) werden warm empfohlen. Von heruntergekommenen, sehr schwachen Neurasthenikern, besonders solchen mit ausgesprochenen Herzbeschwerden, wird das Klima starker Seebäder und des Hochgebirges im allgemeinen nicht gut vertragen, von diesen Kranken werden die Mittelgebirge (Harz, Thüringen, Schwarzwald usw.), die Vorgebirge der Alpen oder mildes Seeklima (Ostseebäder) bevorzugt. Nicht selten ist ein beliebiger Luftwechsel (Landaufenthalt) von wohltätigstem Einfluß auf das Befinden des Kranken.

Arzneimittel finden bei der Behandlung der Neurasthenie vorwiegend in symptomatischer oder suggestiver Hinsicht Verwendung, jedoch wird man bei der Behandlung mancher Fälle einzelne Medikamente nur ungern entbehren. Eine günstige Wirkung bei nervösen Erregungszuständen kommt den Brompräparaten zu, auch das Arsen (bei Anämie in Verbindung mit Eisenpräparaten) wird mit Erfolg bei neurasthenischen Zuständen verwendet. Chinin- und Strychninpräparate werden häufig als tonisierende Mittel allein oder in Verbindung angewendet.

Zur Bekämpfung der verschiedenartigen neurasthenischen Schmerzen leistet die ganze Reihe der Nervina (Antipyrin, Phenacetin, Antifebrin usw.) vorübergehend oft gute Dienste, jedoch ist bei der Behandlung chronischer schmerzhafter Zustände die größte Zurückhaltung bei der Verwendung dieser Mittel geboten.

Eine besondere Behandlung erfordert oft die hartnäckige Schlaflosigkeit. Wenn die Allgemeinbehandlung, Bewegung im Freien während des Tages, event. prolongierte laue Bäder oder feuchte Einpackungen vor dem Zubettgehen keinen Erfolg haben, wirkt mitunter ein Glas Bier abends schlafbefördernd. Von Medikamenten können kleine Bromdosen, Trional (0.5—1,5), Sulfonal (1,0), Veronal (0,5—1,0) oder andere leichtere Hypnotika unter steter ärztlicher Kontrolle gegeben werden. Zweckmäßig ist es, mit der Anwendung der Schlafmittel bei längere Zeit andauernder Schlaflosigkeit zu wechseln. Mit der Verordnung von stärkeren Narkoticis, wie Morphium und Chloral, kann man bei Neurasthenikern nicht vorsichtig genug sein!

Was die symptomatische Behandlung der zahllosen körperlichen Beschwerden der Neurastheniker im speziellen betrifft, verweisen wir auf die Lehrbücher der Neuropathologie. Nur sei hervorgehoben, daß die arzneiliche sowie die lokale Behandlung neurasthenischer Symptome an Bedeutung weit hinter der psychischen Beeinflussung der Kranken zurücktritt, vorwiegend in Verbindung mit dieser zur Anwendung kommt.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird eine konsequent durchgeführte individualisierende psychische Behandlungsweise, unterstützt durch möglichst indifferente Arzneimittel, sowie durch Hydrotherapie und Elektrizität von Erfolg begleitet sein.

Was die forensische Bedeutung der Neurasthenie anbetrifft, ist zu bemerken, daß dieselbe weder im zivilrechtlichen noch im strafrechtlichen Sinn als Geisteskrankheit zu betrachten ist. Wenn wir in unserer Strafgesetzgebung den Begriff einer geistigen Minderwertigkeit vorgesehen hätten, so würde vielleicht ein Teil der Nervösen, namentlich beim Zusammentreffen besonders schädigender Umstände, unter diesen Begriff fallen (Cramer). Im ganzen sind

Konflikte dieser Kranken mit dem Strafgesetz selten. Das gilt besonders auch von den Zwangsantrieben der Neurastheniker, welche nicht zu verbrecherischen Handlungen zu führen pflegen. In vereinzelten Fällen sind gewisse sexuelle Delikte (Exhibitionismus) auf Zwangsimpulse zurückzuführen (Cramer, Raecke).

Literatur.

Außer den in den vorigen Kapiteln angeführten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie:
Binswanger, Pathologie und Therapie der Neurasthenie, Jena 1896.
Bumke, Was sind Zwangsvorgänge? Hoches Abhandlungen, VI. Bd., H. 8, 1906.
Cramer, A., Die Nervosität, Jena 1906.
Erb, Ueber die wachsende Nervosität unserer Zeit, Heidelberg 1895.
Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1904, XV. Bd., H. 4 u. 5.
Aschaffenburg, Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen des Zwangsdenkens. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1911.
Herz, Die sexuelle psychogene Herzneurose, Wien u. Leipzig 1908
Oppenheim u. Hoche, Pathologie u. Therapie der nervösen Angstzustände. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1911.
Jolly, Neurasthenie. Handbuch der prakt. Medizin von Ebstein-Schwalbe, Bd. IV, 1900.
Kraus, Lehrbuch der inneren Medizin, hrsg. von v. Mering, 2. Aufl.
Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen, Wiesbaden 1904.
Möbius, Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten, Berlin 1896.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 5. Aufl., 1908.
Derselbe, Die traumatischen Neurosen, 1888 u. 1892.
Pforringer, Zum Zusammenhang zwischen Nervosität u. Psychose. Monatsschrift f. Psych. Bd. 26.
Raecke, Zwangsvorstellungen u. Zwangsantriebe vor dem Strafrichter. Archiv für Psych. Bd. 43.
Strümpell, Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken München 1896.
Thomsen, Zur Klinik und Aetiologie der Zwangserscheinungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 44.
Westphal, C., Ges. Abhandlungen, Berlin 1892, hrsg. von Dr. A. Westphal.

Die hypochondrische Form der Neurasthenie. (Die Hypochondrie.)

Begriffsbestimmung und Aetiologie.

Unter der Bezeichnung Hypochondrie wurden und werden von manchen Autoren auch noch heute mannigfache psychische Zustandsbilder und Symptomenkomplexe zusammengefaßt, die durch eine bestimmte Form der krankhaften Verstimmung ausgezeichnet sind, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist (Jolly, Hitzig). Da sich diese auf „einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung" beruhende Verstimmung bei den verschiedensten Formen psychischer Erkrankung[1]) der Melancholie, der

[1]) Wir verweisen auf die betreffenden Kapitel des Lehrbuchs mit dem Bemerken, daß wir in dem vorliegenden Abschnitt mit der kurzen Bezeichnung „Hypochondrie" nur die hypochondrischen Formen der Neurasthenie bezeichnen.

Paronoia, angeborenen und erworbenen geistigen Schwächezuständen, der Paralyse und in erster Linie auch bei der Neurasthenie findet, vermögen wir eine in sich abgeschlossene, selbständige Krankheit der „Hypochondrie“, welche der obigen Definition entspricht, nicht anzuerkennen.

Wir ziehen an dieser Stelle ausschließlich diejenigen hypochondrischen Zustände in den Bereich unserer Betrachtung, die in engster Beziehung zur **Neurasthenie** stehen. Die viel erörterten Beziehungen der Hypochondrie zur Neurasthenie lassen sich mit Jolly am besten in der Weise kennzeichnen, daß die durch die Neurathenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung den eigentlichen Stoff für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen geben.

Wenn wir die hypochondrische Form der Neurasthenie hier gesondert besprechen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil in einer Reihe von Beobachtungen **der psychische Faktor des hypochondrischen Denkens und Fühlens bei dieser Erkrankungsform mehr hervortritt wie bei der einfachen Neurasthenie, der Krankheit nicht selten ein besonderes charakteristisches Gepräge verleiht.** Es sind dies in erster Linie diejenigen Fälle, bei denen an Stelle der Befürchtungen von krankhaften Veränderungen der eigenen Person die zur Gewißheit gewordene Vorstellung der Erkrankung getreten ist. Diese Vorstellungen können durch ihre Fixiertheit, durch ihre völlig kritiklose Verarbeitung der krankhaften Empfindungen, an welcher jeder ärztliche Zuspruch scheitert, mit dem Zwang, den sie auf das gesamte Handeln des Kranken ausüben, den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen. Da sich zwischen den Beobachtungen von einfachen neurasthenischen Phobien und den mit hypochondrischen Wahnvorstellungen verlaufenden Fällen fließende Uebergänge finden, ferner die hypochondrischen Befürchtungen und Vorstellungen allmählich in haftende Wahnideen übergehen können, vermögen wir bei aller Anerkennung des eigenartigen Charakters letzterer Beobachtungen einen prinzipiellen Unterschied dieser verschiedenen Verlaufsweisen der Krankheit nicht anzuerkennen.

Die Aetiologie der Hypochondrie ist mit derjenigen der Neurasthenie identisch. Alle die mannigfachen endogenen und exogenen schädigenden Einflüsse, welche wir bei der Entstehung der Neurasthenie kennen gelernt haben, spielen unter den Ursachen der Hypochondrie eine wichtige Rolle. Bei Fällen mit besonders hervortretender schwerer erblicher Belastung lassen sich mitunter hypochondrische Wahnvorstellungen bis in ein frühes Lebensalter, selbst bis in die Kindheit zurückverfolgen, so daß man in diesen Beobachtungen von einer konstitutionellen Form der Hypochondrie sprechen kann. Nicht selten ist bei diesen Fällen zu konstatieren, daß sich die hypochondrische Veranlagung, „das hypochondrische Temperament“ familienweis vererbt und exquisite Hypochonderfamilien zur Entstehung kommen.

Auf Grund der verschiedenen ätiologischen Faktoren hat Wollenberg zwei Grundformen der Hypochondrie, die „konstitutionelle“ und „akzidentelle“ Hypochondrie unterschieden, mit der Betonung, daß eine scharfe Grenze zwischen diesen Formen nicht anzunehmen sei.

Symptomatologie.

Unter den Symptomen der Hypochondrie nimmt die krankhaft veränderte Selbstempfindung und die sie begleitende traurige Verstimmung den ersten Platz ein. Die mannigfachen Schmerzen und Parästhesien, die abnormen Organempfindungen, auf die wir bei der Neurasthenie hingewiesen haben, werden mit der peinlichsten Aufmerksamkeit verfolgt und der Ausgangspunkt der verschiedenartigsten Befürchtungen einer bestehenden oder drohenden schweren Erkrankung. Es ist erklärlich, daß die Stimmung unter dem Einfluß dieser ängstigenden Vorstellungen eine gedrückte, traurige wird. Der Kranke kann sich von intensiver Beobachtung seines Körpers und der Funktionen desselben nicht mehr frei machen, zwangsartig wird er immer wieder zu Grübeleien und Betrachtungen über seinen Zustand getrieben, die ihm stets neuen Stoff für seine Befürchtungen liefern. Es bleibt aber in einer Reihe von Fällen nicht bei diesen Befürchtungen bewendet, allmählich kann sich unter mannigfachen Remissionen und Exacerbationen des Zustandes die feste Ueberzeugung bei dem Patienten entwickeln, unheilbar krank zu sein. Diese hypochondrischen Wahnideen pflegen jeder Korrektur unzugänglich zu sein, durch den Einfluß des Arztes und vernünftigen Zuspruch nicht wesentlich beeinflußt werden zu können. Von diesen selteneren schweren Formen der Hypochondrie finden sich alle Uebergänge zu den so außerordentlich häufigen leichten hypochondrischen Zuständen, die in der Regel suggestiven Einflüssen gut zugänglich sind, allerdings mit ausgesprochener Neigung zur Bildung neuer hypochondrischer Vorstellungen bei irgendeiner Veranlassung.

Die hypochondrischen Vorstellungen sind in der Regel nicht andauernd von gleicher Stärke, entsprechend ihrer neurasthenischen Grundlage sind sie oft morgens intensiver wie am Abend, um in der Einsamkeit, besonders nachts, eine neue Steigerung zu erfahren. Anfallsweise kann es unter dem Einfluß der hypochondrischen Vorstellungen zu förmlichen Angstparoxysmen kommen, in denen die Kranken jammernd und stöhnend umherlaufen, sich mit den Nägeln zerkratzen, sich die Haare raufen usw.

Auch außerhalb der paroxysmellen Steigerungen der Angst zeigen die Hypochonder ein ängstliches, mißtrauisches Wesen. Die fortwährende krankhafte Selbstbeobachtung macht die meisten dieser Kranken zu ausgesprochenen Egoisten; da sich ihr Gedankenkreis ausschließlich um den Zustand des eigenen Körpers dreht, bleibt für die Angehörigen, den Beruf, alle höheren Interessen kein Raum übrig.

Eine sehr hervortretende Erscheinung der Hypochondrie bietet die Erregung und Verstärkung von Empfindungen durch Vorstellugen, so daß Romberg diese Kranken mit Recht als „Virtuosen auf den sensiblen Nerven“ bezeichnete. Schon das Denken an einen Körperteil ruft daselbst Kriebeln, Brennen, Vibrieren, Pochen, Sensationen von Wärme oder Kälte, Empfindungen der Vergrößerung oder Verkleinerung des Organs, das Gefühl von Veränderungen der Schwere desselben usw. hervor.

In ungemein mannigfacher Weise werden diese Empfindungen geschildert:

„Starke Durchzuckungen und kalte Durchgänge, Grinsen in den Unterschenkeln, Ansetzen der Schleimhaut im Halse, Vergiftung des Zahnfleisches, Druck im Gesicht, Zittern in den Augen, kalte Zehen“, gab mir unter zahlreichen anderen Klagen ein neurasthenischer Hypochonder an.

In anderen Fällen wird über Brennen in den Genitalien, Störungen beim Urinlassen, Gluckern im Magen, Blähungen des Darms, „zurückziehendes Gefühl“ beim Stuhlgang, Vertaubung der Gedanken, schwappendes, glühendes Gefühl im Schädelinnern usw. geklagt. Häufig werden diese Beschwerden von den Kranken in Form von Vergleichen vorgebracht, „es sei ihnen so, als ob Würmer in ihrem Leibe krabbelten“, „das Rückgrat käme ihnen wie ausgehöhlt vor“, „es spannte in den Beinen, als ob die Sehnen zu kurz wären“ usw. Es ist erklärlich, daß bei der gesteigerten Selbstbeobachtung der Kranken diese Empfindungsstörungen zu einer ergiebigen Quelle von Krankheitsvorstellungen werden.

Nach der vorwiegenden Lokalisation der Sensationen wird bald das eine, bald das andere Organ der Mittelpunkt von hypochondrischen Befürchtungen, die nach längerer oder kürzerer Zeit weitere Kreise ziehen, sich nicht auf ein Organ zu beschränken pflegen. Der Inhalt der hypochondrischen Vorstellungen ist nach den Kenntnissen und dem Bildungsgrad des Erkrankten, sowie nach dem Standpunkt der herrschenden Krankheitslehren (Bazillenfurcht!) ein sehr verschiedener; er ist ferner davon abhängig, ob ein vorher rüstiges oder ein abnorm veranlagtes Gehirn erkrankt ist, da die Erfahrung lehrt, daß die hypochondrischen Wahnideen bei ausgesprochen degenerativen konstitutionellen Formen der Neurasthenie sich durch die Absurdität und Ungeheuerlichkeit der Vorstellungen, sowie durch die mangelhafte Motivierung derselben auszuzeichnen pflegen. Von in das Bereich der Möglichkeit fallenden Befürchtungen oder Vorstellungen, an einem unheilbaren Rückenmarks- oder Gehirnleiden erkrankt zu sein, den Krebs oder Syphilis zu haben, von irgendwelchen gefährlichen Bazillen infiziert zu sein usw., führen alle Uebergänge zu den unsinnigsten Vorstellungen, einen Frosch oder Vogel im Leib zu beherbergen, vollkommen leer zu sein, kein Gehirn, keinen Darm zu besitzen usw. herüber.

Es werden somit gelegentlich sämtliche Krankheiten mit allen ihren Symptomen in den Kreis der hypochondrischen Befürchtungen hineinbezogen. Diese Befürchtungen können unter uns nicht näher bekannten Umständen, wahrscheinlich bei schwereren Erkrankungsformen hereditär Belasteter oder bei geringerer Widerstandsfähigkeit des Zentralorgans, in unerschütterliche Vorstellungen (Wahnideen) eines unheilbaren Leidens allmählich übergehen, mitunter sind die hypochondrischen Vorstellungen von vornherein unkorrigierbar. Besonders sind die konstitutionellen Formen der Erkrankung mit kontinuierlich chronischem Verlauf zur Entwicklung derartiger hartnäckiger hypochondrischer Wahnideen disponiert, welche diese Kranken schließlich ganz gewohnheitsmäßig und affektlos vorzubringen pflegen. Zwangsvorstellungen und Phobien, wie wir sie bei der Neurasthenie beschrieben haben, kommen bei den hypochondrischen Verlaufsweisen dieser Krankheit häufig in Gestalt bestimmter zwangsartig auftretender Befürchtungen, der Beschmutzungsfurcht (Mysophobie) und der Berührungsfurcht (délire du toucher) vor.

Es tritt in diesen Fällen die Befürchtung bei den Kranken auf, sich an irgendeinem Gegenstand, Schwefelhölzern, Eß- und Trink-

geschirren, Türklinken, Geldstücken usw. zu verunreinigen oder zu vergiften, Krankheitsstoffe auf sich oder andere zu übertragen. Mitunter sind es Wäschegegenstände oder die Kleider, welche Anlaß zu lebhaften Befürchtungen geben. Die Kranken suchen alle Berührungen zu vermeiden, waschen sich nach einer zufälligen Berührung unaufhörlich, werden niemals mit der Reinigung ihrer Kleider fertig, so daß sie stundenlang zum An- und Ausziehen brauchen, in manchen schweren Fällen abends kaum ins Bett gelangen können. Das Benehmen, die Handlungen derartiger Kranker erhalten durch diese zwangsmäßig auftretenden Vorstellungen und die sich ihnen anschließenden motorischen Impulse nicht selten ein sehr auffallendes, bizarres Gepräge.

So war bei einem jungen Manne, den ich vor kurzem beobachtete, urplötzlich beim Anblick eines Kameraden, der sich abends eine wunde Stelle („Wolf") mit Hirschtalg einrieb, die Vorstellung aufgetreten, er könne sich mit diesem Hirschtalg irgendwie verunreinigen. Bald dehnte sich die Berührungs- und Beschmutzungsfurcht auf die verschiedenartigsten anderen Gegenstände aus. Eine Türklinke anzufassen, ohne ein Papier oder Holzstückchen dazwischen zu legen, war ihm unmöglich. Mit dem Waschen wurde er gar nicht mehr fertig, denn auch der Hahn der Wasserleitung und das Handtuch waren „befleckt", gaben stets Anlaß zu neuen Waschungen, so daß bald die Gesichtshaut und die Hände blutig durchgerieben waren, mit Salbenverbänden behandelt werden mußten. Patient war sich der Unsinnigkeit dieser Vorstellungen wohl bewußt, bezeichnete die Vorstellungen und die aus derselben resultierenden Handlungen selbst als zwangsartig auftretend, „er müsse waschen, ob er wolle oder nicht."

Derartige zwangsweise auftretende Befürchtungen und Vorstellungen können in dem Krankheitsbilde der Hypochondrie mitunter eine so hervorragende Rolle spielen, daß die anderen neurasthenischen Beschwerden im Vergleich mit ihnen mehr in den Hintergrund treten.

Nach der vorwiegenden Lokalisation der abnormen Empfindungen, auf die sich die Krankheitsbefürchtungen beziehen, hat man bei der Hypochondrie eine sexuelle, gastrische, cerebrale, spinale usw. Form unterschieden, ohne daß diese rein äußerliche Trennung von größerer Wichtigkeit wäre wie die entsprechende Einteilung der Neurasthenie, auf die wir verweisen.

Eine hervorragende Bedeutung kommt den hypochondrischen Klagen in dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose zu (vgl. voriges Kapitel). Die trübe, hoffnungslose Stimmung dieser Kranken, die einseitige Konzentration der Gedanken auf ihren körperlichen und geistigen Zustand, die mannigfachen abnormen Empfindungen und ihre krankhafte Verarbeitung machen die Traumatiker fast ausnahmslos zu ausgesprochenen Hypochondern.

Unter den motorischen Störungen der Hypochondrie sei schließlich noch auf gewisse psychisch bedingte Bewegungsstörungen hingewiesen („psychische Anfälle bei Hypochondrie"), deren Entstehung aus hypochondrischen Vorstellungen nachweisbar ist. Es handelt sich bei diesen Beobachtungen um das anfallsartige Ausstoßen unartikulierter Laute, um sonderbare Bewegungen mit den Extremitäten, um Anfälle lähmungsartiger Schwäche in Armen und Beinen und ähnliche mit krankhaften Vorstellungen eng zusammenhängende Zustände, die ohne Störung des Bewußtseins verlaufen.

Verlauf und Prognose.

Der Verlauf der Krankheit gestaltet sich verschiedenartig, nur selten geht ein hypochondrischer Zustand in akuter Weise schon

nach kurzer Zeit vorüber. Am bekanntesten unter diesen leichten Formen sind wohl die hypochondrischen Zustände, von denen junge Mediziner beim Eintritt in die klinischen Semester infolge der eingehenden Beschäftigung mit gewissen Krankheiten nicht selten befallen werden (Medizinerhypochondrie). In der Mehrzahl der schwereren Fälle von Hypochondrie handelt es sich um einen protrahierten Krankheitsverlauf, der sich über Monate oder Jahre häufig mit mannigfachen Exazerbationen und Remissionen erstrecken kann. Ganz allmählich können diese Fälle in Genesung übergehen, in der Regel aber kommt es später bei irgendeiner Veranlassung infolge psychischer oder körperlicher Schädlichkeiten zum Aufflackern der alten oder Entstehung neuer hypochondrischer Vorstellungen. Schwere hypochondrische Zustände, in denen es zur Bildung feststehender Wahnideen gekommen ist, zeigen einen exquisit chronischen Verlauf, pflegen, abgesehen von gelegentlichen Schwankungen des Befindens, anhaltende Besserungen nicht zu erfahren. Einen gleich ungünstigen Verlauf weisen diejenigen Krankheitsfälle auf, bei denen sich hypochondrische Vorstellungen bis in die frühe Jugendzeit verfolgen lassen. Im übrigen verweisen wir auf die über Prognose und Verlauf der Neurasthenie gemachten Angaben.

Diagnose.

Es ist wichtig, den auf dem Boden der Neurasthenie entstandenen Krankheitszustand der Hypochondrie, wie wir ihn geschildert haben, von hypochondrischen Zuständen, wie sie symptomatisch im Verlauf oder als Initialstadium anderer Psychosen häufig vorkommen, möglichst scharf zu trennen.

Die hypochondrische Form der Melancholie kann mit der uns beschäftigenden Krankheit äußere Aehnlichkeit besitzen.

Eine genauere Analyse der Krankheitserscheinungen zeigt jedoch, daß die hypochondrischen Wahnideen der Melancholie als eine direkte Folge der traurigen Verstimmung anzusehen sind, nur einen Teil der für die Melancholie charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen (Versündigungswahn) darstellen und in der Regel im Zusammenhang mit diesen vorgebracht werden. Der Versündigungswahn ist der hypochondrischen Form der Neurasthenie fremd.

Die Wahnideen der hypochondrischen Neurastheniker stehen im engsten Zusammenhang mit den mannigfachen abnormen Empfindungen und der gesteigerten Selbstbeobachtung dieser Kranken. Die traurige Verstimmung derselben ist bedingt durch die Angst vor bestehender oder drohender schwerer Erkrankung. Die hypochondrische Depression pflegt ferner keine so kontinuierliche zu sein, wie sie die traurige Verstimmung der Melancholie aufweist. Auch ist der traurige Gedankengang des Hypochonders nicht selten ablenkbar und äußeren Einflüssen zugänglich, während die melancholische Verstimmung auf diese Weise nicht zu beeinflussen ist.

Zu den häufigsten Erscheinungen im Initialstadium und im Verlauf der chronischen Paranoia gehören hypochondrische Wahnideen, die sich nach der Art ihrer Entstehung grundsätzlich von denen der hypochondrischen Neurastheniker unterscheiden.

Der Paranoiker bezieht seine abnormen Sensationen und Organempfindungen auf feindliche Beeinflussungen der Außenwelt, das Gefühl seiner körperlichen Veränderungen bringt er in engste kausale

Beziehungen zu Verfolgungs- und Beziehungswahnvorstellungen, „er ist nicht krank, sondern wird künstlich krank gemacht“, er projiziert somit seine Sensationen in die Umgebung, während die Entstehung hypochondrischer Vorstellungen bei Neurasthenikern jede Beziehung auf eine feindliche Außenwelt vermissen läßt. Der Umstand ferner, daß sich den Wahnideen bei der einfachen Hypochondrie niemals Ueberschätzungs- und Größenideen zugesellen, wie sie in logisch systematisierender Weise sich mit Verfolgungsvorstellungen bei der Paranoia zu verbinden pflegen, kann in manchen Fällen auch für die Unterscheidung beider Krankheiten verwertet werden.

Ungemein häufig werden hypochondrische Vorstellungen im depressiven Initialstadium der Katatonie und bei manchen Verlaufsweisen der Hebephrenie beobachtet. Die Diagnose macht hier besonders bei jugendlichen Individuen nicht selten Schwierigkeiten, da die mannigfaltigsten neurasthenischen Symptome auf körperlichem und geistigem Gebiet im Beginn katatonischer und hebephrenischer Zustände oft lange Zeit hindurch nachweisbar sind. Die scharfe Eigenbeobachtung des neurasthenischen Hypochonders, die Beeinflußbarkeit seiner Beschwerden auf suggestivem Wege, die Lebendigkeit, welche er bei der Schilderung seiner Leiden entwickelt, unterscheidet ihn von der gemütlichen Stumpfheit, der Urteilslosigkeit und Zerfahrenheit des Katatonikers und des Hebephrenen, die auch bei ärztlichem Zuspruch völlig indifferent zu bleiben pflegen. Treten Stereotypien, Negativismus, Befehlsautomatie oder andere Erscheinungen des katatonischen Stupors auf, werden Sinnestäuschungen beobachtet, dann ist die Diagnose Katatonie gegenüber der Hypochondrie gesichert.

Mitunter weist auch ein eigenartiges läppisches Lachen oder Grimassieren des Patienten beim Vorbringen seiner hypochondrischen Klagen auf den hebephrenischen Charakter des Leidens hin.

Was schließlich die Unterscheidung der Hypochondrie von den durch hypochondrische Wahnbildung ausgezeichneten depressiven Verlaufsweisen der Dementia paralytica anbetrifft, so kommen hier alle Unterscheidungsmerkmale in Betracht, die wir bei der Trennung der Neurasthenie von der Paralyse hervorgehoben haben (vgl. Kapitel „Neurasthenie“).

Therapie.

Der wesentlichste Faktor bildet die psychische Behandlung, von deren zweckmäßigen Anwendung der Erfolg in vielen Fällen abhängt. In erster Linie muß der Grundsatz berücksichtigt werden, dem Kranken nicht von vornherein zu sagen, seine Klagen beruhten auf einem „eingebildeten“ Leiden, sondern stets nach geduldigem Anhören aller Beschwerden eine eingehende Untersuchung des Patienten vorzunehmen. Abgesehen von dem Umstand, daß durch die genaue Untersuchung mitunter eine körperliche Grundlage der hypochondrischen Klagen entdeckt wird, kann der Arzt nur auf diese Weise das zur erfolgreichen Behandlung notwendige Vertrauen des Kranken gewinnen. Im Anschluß an die Untersuchung ist es geboten dem Kranken in beruhigender, bestimmter Weise mitzuteilen, daß ein schwereres organisches Leiden nicht vorliegt, sondern nur eine Anzahl nervöser Erscheinungen nachweisbar sein, die bei Befolgung der ärztlichen Vorschriften sich mit der Zeit wieder verlieren würden. Auch diese Vorschriften sollen unter sorgfältiger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Falles in recht bestimmter Form gegeben werden, um den beliebten Einwendungen

und Zweifeln des Kranken nach Möglichkeit den Boden zu entziehen. Der momentane Erfolg einer solchen suggestiven Behandlung ist mitunter ein eklatanter, so daß durch Angst vor schwerer Erkrankung tief deprimierte Patienten den Arzt getröstet, mit neuem Lebensmut verlassen. Da es aber nicht gelingt die Disposition zu hypochondrischen Verstimmungen dauernd zu beseitigen, sieht man in der Mehrzahl der Beobachtungen krankhafte Vorstellungen später wieder auftreten.

In betreff der speziellen Behandlungsmethoden verweisen wir auf das bei der Neurasthenie Angeführte.

Literatur.

Außer den unter Neurasthenie zitierten Werken:

Böttiger, Ueber Hypochondrie. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXI.

Jolly, Die Hypochondrie. Ziemssens Handbuch, 2. Aufl., Bd. XII, H. 2, 1877 und Handbuch von Ebstein-Schwalbe, Bd. IV, 1900.

Raecke, Ueber Hypochondrie. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LIX.

Wollenberg, Die Hypochondrie. Spez. Pathologie und Therapie, hrsg. von Nothnagel, XII. Bd. 1. Teil, 3. Abt., Wien 1904.

Paranoia. Verrücktheit.

Von

E. Siemerling, Kiel.

Als P a r a n o i a (*παρά* neben, *νόος* oder *νοῦς* Verstand = Danebendenken) werden diejenigen Geistesstörungen bezeichnet, bei denen die **Wahnbildung** das Krankheitsbild beherrscht. **Wahnideen mit oder ohne Sinnestäuschungen spielen hier die Hauptrolle.**

Die Paranoia, Verrücktheit, wurde früher als eine sekundäre Geistesstörung, hervorgegangen aus einer Manie oder meist Melancholie, aufgefaßt. SNELL sen. und GRIESINGER wiesen zuerst auf das primäre Vorkommen dieser Erkrankung hin, faßten sie als eine selbständige, für sich bestehende Geisteskrankheit auf.

Eine Abart der chronischen Verrücktheit, eine bis in die früheste Jugend zurückreichende Erkrankung benannte SANDER „originäre Verrücktheit". C. WESTPHAL gab eine neue Auffassung über die Entwicklung der chronischen Form und bezeichnete eine akute heilbare Form als Paranoia acuta. Die Existenz einer akuten Paranoia wird von manchen Autoren bestritten, sie wollen nur eine chronische Form anerkennen.

Auch über die Ausdehnung dieser letzteren Form bestehen noch sehr geteilte Meinungen.

So will KRAEPELIN als chronische Verrücktheit nur die Erkrankungen gelten lassen, bei denen ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges sich entwickelt.

Andere Autoren wollen zur Paranoiagruppe alle Erkrankungen rechnen, bei denen Störungen der Verstandestätigkeit im Vordergrund des klinischen Bildes stehen. Diese lassen z. B. die akute Verwirrtheit, die Amentia, ganz in die akute Paranoia aufgehen.

Bei der überwiegenden Häufigkeit besprechen wir zunächst die chronische Form.

I. Paranoia chronica.

Der chronischen Verrücktheit ist eigen **eine langsam sich entwickelnde, meist zu einem System auswachsende und fortschreitende Wahnbildung.**

Nicht richtig ist es, diese Erkrankung ausschließlich als Verstandesirresein aufzufassen. Wenn auch die Störung im Bereiche der Verstandestätigkeit oft so in den Vordergrund tritt, daß sie das Bild beherrscht, so ist doch auch die gemütliche, affektive Seite sehr in Mitleidenschaft gezogen, viel mehr, als es auf den ersten Blick scheint.

Die pathologischen Vorgänge erstrecken sich auf beide Gebiete, auf Vorstellungen und Affekte.

Die Skala der Gefühlsstörungen, welche ein Verrückter durchläuft, ist eine große, in jedem einzelnen Falle wieder eine ganz besondere. Bei dem ausschließlich subjektiven Charakter einer Gefühlsstörung ist es begreiflich, daß die Kranken nur schwer eine treffende Darstellung davon geben können. Die Empfindungen und Gefühle sind oft so eigener Art, so spezifisch, daß die Kranken in der Sprache vergebens nach einem passenden Ausdruck suchen, statt der bloßen Benennung der stattgehabten Empfindung gleich eine Umschreibung, eine Auslegung oder Deutung bringen.

Für das Zustandekommen der chronischen Verrücktheit nahm man früher allgemein eine geistige Schwäche an. Wenn diese auch manchen Fällen zugrunde liegt und bei ihrem Vorhandensein eine natürliche Erklärung abgeben kann für die Entstehung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen und für die Leichtigkeit, mit welcher die Kranken davon überwältigt werden, so ist doch geistige Schwäche keineswegs ein unbedingtes Erfordernis. Wo eine ausgesprochene geistige Schwäche vorhanden ist, kann sie in dem angegebenen Sinne Verwendung finden. Ist der Schwachsinn sehr ausgesprochen, tut man besser, von Paranoia mit Schwachsinn zu sprechen. Ganz und gar nicht angängig ist es, einen Verrückten als schwachsinnig anzusehen mit Bezug auf seine Wahnvorstellungen in der Vorstellung, daß nur eine Urteils- oder Kritiklosigkeit imstande wäre, zu solcher Ueberwältigung durch Wahnvorstellungen zu führen, wie sie hier zustande kommt. Der Vorgang im Gehirn, welcher zu der Verrücktheit führt, ist uns noch vollkommen verschlossen, wir kennen nur die Wege, welche die Störung einschlägt.

Es ist in hohem Grade wahrseinlich, daß bei diesem sehr komplizierten Vorgang der Umdeutung, der falschen Auffassung, der Fälschung der Wahrnehmung, der Wahnbildung selbst die sehr starke Gefühlsbetonung (eine Ueberspannung) ebenso tätigen Anteil hat, als die Urteilsschwäche. Wir rekurrieren nur auf letztere, um das endgültige Unterliegen der Kranken unter die Wahnvorstellungen plausibel zu machen.

Aetiologie.

Eine geistige Schwäche ist nicht unbedingtes Postulat für die Entwicklung der Paranoia.

Liegt ein durch Heredität, Trauma, Vergiftung, senile Veränderung geschädigtes Gehirn vor, so kann die dadurch gesetzte Invalidität des Trägers die natürtiche Erklärung für die Entstehung der Verrücktheit abgeben. Nicht selten sehen wir eine eigenartge Veranlagung des Charakters, in erster Linie durch Heredität bedingt, zugrunde liegen. Es sind oft eigentümlich stille, grüblerisch veranlagte, rechthaberische, reizbare, mißtrauische Personen, bei denen bestimmte Gelegenheitsursachen die Erkrankung auslösen.

In fast drei Viertel aller Fälle ist eine erhebliche Belastung nachzuweisen. Unter den Gelegenheitsursachen spielen Alkoholismus, Haft, starke gemütliche Erregung durch Rechtsstreitigkeiten, Enttäuschungen eine wesentliche Rolle.

In einzelnen Fällen läßt sich die Entstehung der Erkrankung bis in die früheste Jugend verfolgen: Paranoia originaria (Sander). Häufig begegnen wir dem Ausbruch in der Pubertät.

Symptome und Verlauf.

Wir können die Paranoia chronica simplex von der Paranoia chronica hallucinatoria unterscheiden.

Die Entwicklung erstreckt sich oft über viele Jahre. Bei diesem langen Vorbereitungsstadium ist es recht schwer, den eigentlichen Beginn und die ersten Anfänge und Manifestationen der Störung festzulegen. Daher erhalten wir auch so selten einen richtigen Einblick in die ersten Gefühlsstörungen, welche diese Kranken empfinden. Und doch sind diese sehr ausgesprochen vorhanden.

Es bemächtigt sich des Kranken ein Gefühl der Aengstlichkeit, Bangigkeit. „Es bewegt ihn“, er fühlt sich „anders“. Es ist ein „unbestimmtes inneres Gefühl“, welches wehmütig stimmt. Oft empfinden sie große Mattigkeit, Abspannung, Befangenheit. Schlaflosigkeit, Kopfweh, Kopfdruck sind häufige Klagen.

Zu diesen mehr unangenehmen Empfindungen gesellen sich dann andere im entgegengesetzten Sinne. Es gehen „gute und schlechte Gefühle“ nebeneinander. Sie fühlen sich gehoben, mit übermenschlicher Kraft, leicht ums Herz, schneidig, verzückt, himmlisch, unbeschreiblich wohl, es ist als ob die „Gedanken fließen“, der „Geist ist geweitet“. Warme Freude und Rührung durchrieselt den Körper, Sie fühlen sich frisch, munter, erhoben, „eigenartig erregt, als ob ein Glück bevorsteht“. Sie sind so leicht, als ob sie fliegen könnten, als ob sie schwebten. Außerordentlich häufig sind frühzeitig schon hypochondrische Empfindungen: eine Leere im ganzen Körper, wie von Stein, als ob sie keine Zirkulation hätten, ein Gefühl von Fieber, Hitze, Wärme, Kälte, ein Kriebeln, plötzliche Betäubung, Klopfen, Drückungen am Kopfe, Gedärmschwäche, Stiche im Leib, krampfartige Zuckungen in den Gliedern.

Diese Störungen sind in manchen Fällen schwankend, beeinflussen den Kranken nur vorübergehend in der Stimmung, so daß sie oft ganz unbeachtet bleiben. Erst bei längerem Bestehen, bei stärkerer Intensität bemächtigt sich des Kranken eine Verstimmung mit Mißtrauen. Die körperlichen Beschwerden steigern seine hypochondrischen Befürchtungen. Er fühlt sich seiner Umgebung gegenüber anders als sonst, merkt, daß etwas an ihm und um ihn vorgeht. Er fühlt sich zurückgesetzt, verkannt.

Für den Gesunden ist's schwierig, sich eine Vorstellung zu machen von der Verfassung, in welcher ein solcher Kranker sich befindet. Zur Erklärung hat man physiologische Vorgänge herangezogen: das Gefühl, wie es jemand hat, der zum erstenmal Uniform trägt und glaubt, jeder müßte ihm die Aenderung ansehen, alle schenkten ihm ihre Aufmerksamkeit (C. Westphal).

Das Mißtrauen steigert sich, er kommt sich fremd vor in seiner Umgebung, weiß nicht, wie er sich diese erklären soll, sucht Rat und

Aufklärung, scheut sich zu fragen, legt sich aufs Beobachten. In gespannter innerer Unruhe und Erwartung verfolgt er nun alles, was in seiner Umgebung sich abspielt.

Er hat die Vermutung, die Ahnung, daß etwas gegen ihn vorliegt und findet eine Bestätigung dieses Verdachts in den harmlosesten Vorgängen. Die Leute sehen ihn besonders an, grüßen auffallend oder grüßen gar nicht, spucken aus, die Kinder laufen nach, lachen eigentümlich, „alles ist verändert, alles in anderem Lichte, wie verwandelt" (verkauft, verzaubert), er kommt sich als an einem fremden Ort vor. Die Tiere schreien anders, die Gänse schnattern besonders, der Hahn kräht lange, die Vögel fliegen dicht heran, die Glocken läuten lange und dumpf. Miene, Gebärde, Geste, Bewegung, die Stimmen der mit ihm Sprechenden erscheinen verändert, sie sprechen mit eigenartiger Betonung, richten Blicke auf ihn, fixieren ihn, machen Bemerkungen.

In den Zeitungen liest er Anspielungen, in Versammlungen, in der Kirche, im Kolleg spricht der Vortragende zu ihm besonders, bringt Beziehungen zu seiner Person. Im Theater werden Stücke gegeben, welche für seine Verhältnisse besonders passen.

Alles bringt er in Beziehung zu sich, sucht hinter allem etwas. Diese Idee, daß er beobachtet wird, setzt sich mehr und mehr fest. Hat sich das Mißtrauen anfangs nur gegen seine nächste Umgebung gerichtet, so dehnt es sich bald aus auf alle, die er sieht. Im Theater, im Restaurant, im Konzert, auf der Eisenbahn überall kennt man ihn. Es muß eine Verschwörung, ein Komplott sein, darauf angelegt, ihn zu beobachten und zu verfolgen. Er kann sich nicht anders denken, als daß seine Photographie überall verteilt, daß sein Signalement in allen Orten bekannt gemacht ist, Geld ausgesetzt ist für seine Ergreifung. Die Idee der Verfolgung nimmt immer festere Gestalten an: er soll beseitigt, vergiftet werden, für einen Mord macht man ihn verantwortlich, er soll diesen eingestehen; verkleidete verzauberte Leute folgen ihm, locken ihn in leere Straßen, um ihn zu überfallen, zum Eintritt in den spiritistischen Geheimbund will man ihn bringen, er ist für vogelfrei erklärt. Zu Unsittlichkeiten sucht man ihn zu verführen, zu Notzuchtvergehen, er soll Versuchsobjekt zu Studienzwecken sein.

Die Idee der Vergiftung gewinnt Anhaltspunkte in der besonderen Zubereitung der Speisen, die süßlich, anders riechen, ihm mit besonderer Betonung angeboten werden. Eine leichte Uebelkeit, ein Unbehagen nach dem Essen gibt ihm die Gewißheit, daß das Essen mit Gift (Arsenik, Alkoholpillen) präpariert war.

Die Verfolgungen erscheinen so ausgedehnt, mit solcher Ueberlegung und List, daß er auf die Vermutung kommt, es müssen ganz bestimmte Leute, die seiner Familie, einer politischen Partei, einem Verein, einer religiösen Gesellschaft angehören, dabei beteiligt sein. Jesuiten, Juden, Geheimpolizisten, Kriminalbeamte, Freimaurer, Sozialdemokraten, Studenten hält er an seiner Verfolgung beteiligt. Auf dieser Stufe der Entwicklung kann die Erkrankung verharren: **Verfolgungswahn, persekutorischer Wahnsinn.**

In der Regel treten noch andere Ideen hinzu oder gehen mit den Verfolgungsideen Hand in Hand, sind gleich von vornherein mit diesen vorhanden: **Größenwahn.**

Die im Beginn auftretenden oben geschilderten Gefühle des Ge-

hobenseins usw. geben oft die Grundlage ab für Größenideen. In seltenen Fällen ist eine Abhängigkeit dieser von den Verfolgungsideen derart vorhanden, daß die Entstehung der Größenideen als Resultat der Erklärung für die allgemeine intensive Beobachtung und Aufmerksamkeit, welche dem Kranken geschenkt wird, angesehen werden kann.

Getragen von dem hohen Gefühl des eigenen Wertes und der Person kommt ihm die Ahnung, etwas Besonderes zu sein, von hoher Abstammung, aus einem adligen, einem Fürsten, Königsgeschlecht zu stammen. Aus gelegentlichen Erzählungen hat er gehört, daß bei seiner Geburt Wunderzeichen passiert seien, die Sterne haben besonders gestanden. Aus Vorgängen in der Natur, dem Zuge der Wolken, dem Rauschen der Blätter, des Wassers, dem Fliegen der Vögel hat sich ihm Gott offenbart, um Veränderungen, Verbesserungen, Reformen auf politischem, religiösem, sozialem Gebiet durchzuführen. Er ist als Werkzeug ausersehen. Die Verfolgungen sind eine Probe, eine Vorbereitung, eine Prüfung, ein Martyrium, welches ihm auferlegt ist, damit er seiner erhabenen Rolle gerecht werden kann.

Aus Träumen, aus bestimmten Vorgängen entnimmt er Stützen für seine Ideen. Er wird mit besonderem Respekt behandelt, das Militär grüßt ihn, die Wache tritt für ihn ins Gewehr, aus dem Schloß eilen Lakaien, wenn er vorübergeht, der Fürst grüßt ihn, im Theater singt die Primadonna Lieder, welche Bezug haben auf seine hohen Beziehungen und Verbindungen.

In märchenhaft phantastischer Weise berichten manche dieser Kranken über ihre Abstammung, sie wären untergeschobene Kinder, ausgesetzt bei fremden Eltern, bei Pflegeeltern erzogen, ihre richtigen Eltern, von hoher fürstlicher Abstammung, die sie an der Aehnlichkeit erkennen, wollen sie geheim halten, bis ihre Zeit gekommen ist und sie hervortreten können. Sie berufen sich dabei auf Träume, in denen sie prächtig gekleidet, im fürstlichen Wagen gefahren wären, Versammlungen von Fürsten und Königen mitmachten, in denen sie präsidierten.

So gelangen sie allmählich zu einer völligen Umwandlung ihrer ganzen Persönlichkeit, erklären sich für adlig, Fürst, Prinz, König, Kaiser, Papst, Messias, Reformator, Erfinder, Entdecker usw.

So können sich Verfolgungs- und Größenwahn oder beide kombiniert entwickeln durch die unrichtige Auffassung wirklicher Erlebnisse und durch die falsche Deutung von Wahrnehmungen.

Jedenfalls genügen diese, um die Auffassung des Kranken über seine Person und ihr Verhältnis zur Außenwelt ganz zu ändern, sie zu verschieben, zu „verrücken".

Sinnestäuschungen sind nicht unbedingt nötig zum Zustandekommen. In vielen Fällen sind sie so zahlreich auf allen Gebieten, daß sie der Erkrankung ein besonderes Gepräge verleihen: Paranoia chronica hallucinatoria. Es ist nicht so selten, daß sie von vornherein sehr lebhaft auftreten, namentlich die Täuschungen des Gehörs. Sie gehen dann oft einher mit eigenartigen Empfindungen. Gleichzeitig mit einer solchen Empfindung spüren die Kranken eine Sinnestäuschung, es spricht eine laute Stimme, ein Ruf erschallt. Die erste Sinnestäuschung, die erste Stimme setzt zuweilen mit einer ganz be-

sonderen Empfindung ein, mit einem Ruck durch den ganzen Körper, wie von einem elektrischen Schlag. Sie hören die Stimme und sehen gleichzeitig ein Blitzen vor den Augen, eine helle Wolke, ein Strahl fliegt vorüber.

Stimmen in allen Variationen und Abstufungen hören sie. In der Luft spricht es von oben, unten, leise, laut, tief, hoch. Einzelne, mehrere Stimmen rufen. Es ist eine Unterhaltung der Stimmen untereinander und mit dem Kranken selbst. Jedesmal, wenn er etwas denkt, wird eine Stimme laut, die Gedanken werden abgelesen, entzogen, aus dem Gehirn geholt (Telephongeschichte, Cumberland — Gedankenlesen). Er antwortet den Stimmen, das Wort legt sich ihm auf die Zunge (er fühlt es) und dann muß er es aussprechen. Schlechte, unangenehme Stimmen wechseln ab mit angenehmen, guten; selten, daß auf dem einen Ohr eine beschimpfende, auf dem anderen eine beruhigende, lobende Stimme gehört wird. Die Stimmen fragen aus, es ist wie ein Verhör, das angestellt wird. Sie erfolgen langsam, rhythmisch, als wenn die Ader schlägt. Innen im Körper, im Kopf, im Magen, im Geschlechtsteil spricht es. Der Inhalt, selten angenehm, beruhigend, meist beschimpfend, feindlich, steht in engstem Zusammenhang mit dem, was der Kranke denkt, er beklagt sich geradezu über die laut gewordenen Gedanken. Es sind Schmähungen, Schimpfworte, anzügliche Reden (Lump, Verbrecher, Zuchthäusler, aus dem wird was Rechtes, so einen gibt es nicht), gemeinen sexuellen Inhalts. Es ist eine förmliche Ueberwachungskommision, was er treibt, tut, denkt, alles wird vorher gesagt; jetzt macht er das, jetzt geht er dahin, nun lacht er, jetzt ißt er usw. Daneben Stimmen, welche ihm seine Größe, seine hohe Bestimmung verkünden (der wird König, der ist zu Großem bestimmt). Gottes Stimme verheißt ihm seine Mission, läßt Berufung an ihn ergehen.

Mit den Stimmen verbinden sich Erscheinungen: Geister, Bilder werden vorgestellt, ein Theater wird gespielt, er sieht Köpfe in phantastischer Form, die Gestalten Verstorbener, er sieht den Himmel offen, Gott in glühenden Wolken, den heiligen Geist im Licht, sieht Blitze, blaue Flämmchen. Die Bilder sind nebelhaft, legen sich aufs Gesicht. In der Wohnung sehen sie phantastische Köpfe an den Möbeln, Wänden. Mit dem Rascheln und Poltern über sich sehen sie die Decke sich bewegen, es sind deutlich Löcher angebracht, durch welche sie beobachtet werden. Im knisternden Feuer sehen sie Gestalten.

Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind zuweilen sehr ausgesprochen: Gerüche nach Schwefel, Karboldämpfen, Gasen, nach Leichen, Sektionen. Selten, daß der Kranke einen angenehmen Geruch nach Veilchen, Nelken beobachtet.

Perverse Sensationen und hypochondrissche Empfindungen sind oft so zahlreich schon im Anfang vorhanden, daß von einem hypochondrischen Stadium der Verrücktheit oder von einer hypochondrischen Verrücktheit gesprochen werden kann.

Der Körper verändert sich, er spricht nicht mit eigener Stimme, die Zunge wird bewegt, festgehalten, er muß stottern, die Augen werden bewegt, der Kopf wird größer, kleiner, die Arme werden länger, der Mund wird dick, das Gesicht verzerrt sich, ein Ziehen in Händen, Füßen, es knackt darin, die Füße schrumpfen. Die Nervenenden stehen mit den Nervenenden anderer in Berührung, empfangen

von diesen elektrische Schläge. Der Körper ist wie verfault, Eiweiß und Mark gehen heraus, Stuhlgang und Urin sind verändert. Alle diese hypochondrischen Empfindungen werden als durch äußere Einwirkung und Beeinflussung entstanden gedeutet. Die Kranken vermuten dabei physikalische, chemische Kräfte im Werk, sprechen von Elektrizität, Magnetismus, Spiritismus, Hypnotismus, Maschinen besonderer Konstruktion. Die Genitalsphäre ist dabei besonders in Mitleidenschaft gezogen.

Es wird eine „Entsamung", eine Entkräftung vorgenommen. Dabei bedienen sich die Feinde sonderbarer, besonders konstruierter Apparate in Form von „Fliegen", welche auf große Entfernungen, selbst durch Wände und Decken hindurch den Samen abziehen. Um den Effekt vollständig zu machen, wird ein Wollustgeruch durch das ganze Land verbreitet, durch welches die Bevölkerung in einen Sinnestaumel versetzt wird.

Zur aktiven und passiven Vollziehung des Beischlafes werden sie benutzt. Sie spüren deutlich die Nähe einer fremden Person, das Küssen, Umarmen, die geschlechtliche Berührung. Durch magnetische, elektrische Ströme werden die Genitalien beeinflußt, mit Röntgenstrahlen beleuchtet. Die Säfte werden herausgezogen. Mit Hohlspiegeln, Fernrohren werden Blendungen vorgenommen. Blutstockungen werden hervorgerufen, das Herz wird zum Stillstand gebracht.

Bei Frauen entwickelt sich häufig durch diese Empfindungen die Idee schwanger zu sein. Sie spüren, wie der Leib sich aufbläht, glauben Bewegungen wahrzunehmen. Sie haben bemerkt, wie ihnen in der Betäubung ein Federkiel mit Samen eingeführt wurde in die Gebärmutter. Sie glauben Wehen zu bemerken, sehen Fruchtwasser abfließen, das Kind, die Nachgeburt zur Welt kommen.

Sehr lebhaft sind oft die Empfindungen, ein Tier im Leibe zu haben: eine Schnecke im Gehirn, im Leib Würmer, die nagen, welche die Materie durch den ganzen Körper tragen. In der Wirbelsäule sitzt ein Tier, welches die Wirbel übereinanderschiebt, dadurch wird Stuhlgang verhindert. Der Idee, selbst in ein Tier verwandelt zu sein (Lykanthropie, Kynanthropie) begegnet man heutigen Tages selten. Der Glaube an Hexen, an Dämonen, welche ihnen Gift, Bazillen im Essen beigebracht, von ihrem Körper Besitz ergriffen haben, kehrt auch heute noch in den Wahnideen dieser Kranken wieder.

Für das Zustandekommen dieser verschiedenartigen Wahnideen, ihrer Verknüpfung zu Systemen sind Erinnerungsfälschungen von großer Bedeutung. Retrospektiv überschauen sie ihr ganzes Leben. Jetzt in dem Lichte des Wahnes erscheinen ihnen manche ganz gleichgültige, harmlose Ereignisse ganz besonders, gewinnen eine hohe Bedeutung.

Jetzt ist ihnen erst klar, warum Bemerkungen über sie gemacht, weshalb diese Andeutungen gefallen sind.

Nach dem verschieden gefärbten Inhalt der Wahnvorstellungen spricht man von erotischem Wahn (Erotomanie), religiösem, politischem Wahn, Erfinderwahn, Eifersuchtswahn usw.

Bei der Erotomanie bemächtigt sich die Idee des Kranken, der Geliebte oder die Geliebte eines Bestimmten, zuweilen einer hochgestellten Persönlichkeit zu sein, ohne daß der Betreffende jemals Gelegenheit gehabt hat, in nähere Beziehung zur Person seiner Neigung zu treten, kaum daß er diese gesprochen hat. Aus Blicken, Reden, Gesten, aus zufälligen Ereignissen (weil sie einmal eine Blume getragen hat) wird diese Idee abgeleitet. In schwärmerischer

platonischer Verehrung hält er an seinem Ideal fest, hofft immer, daß die Zeit der Vereinigung kommen wird.

Beim Eifersuchtswahn stützt sich der erste Verdacht auch auf ganz zufällige Ereignisse. Eine Bewegung der Frau, ein Blick, ein Lächeln, eine zu lange Unterhaltung beweisen dem Manne, daß er betrogen wird. Nun sieht er in gleichgültigen Zetteln geheime Korrespondenz, das Erröten dient ihm als Schuldbewußtsein, das ganze Benehmen der Frau kommt ihm verändert vor, sie ist kühl, abstoßend, auch im ehelichen Verkehr merkt er die abnehmende Neigung, das Gefühl ist anders dabei, das Glied brannte, schrumpfte nachher gleich ein. Er glaubt Ausfluß zu bemerken. Flecke in der Wäsche, Kniffe im Bettuch dienen als Beweis des Umganges mit anderen. Ein Herpesbläschen an der Lippe zeigt ihm die Ansteckung durch einen anderen Mann.

Der Eifersuchtswahn kommt für sich allein vor oder als Teilerscheinung des allgemeinen Verfolgungswahns, zuweilen mit Größenwahn.

Der Mann merkt, wie er vergiftet werden soll, die Frau hat anderes Essen, sie steht im Komplott mit Anarchisten, denen sie sich hingibt, ist in deren Händen ein Werkzeug, ihn beiseite zu schaffen.

Bei der religiösen Verrücktheit entwickelt sich die Idee, Apostel, Paulus, Christus, Messias, Prophet, Verkünder einer neuen Religion usw. zu sein. Außerordentlich häufig ist hier im Beginn ein hypochondrisches Vorstadium: aller Samen wird von einer höheren Macht entzogen, das Blut wird aus der Brust mit einem Schlauch entnommen. Er muß kämpfen gegen Sünde und Macht der Finsternis, ein Martyrium bestehen.

Damit mischen sich die Ideen der allgemeinen Verfolgung.

Am Himmel erscheinen Wunder, blaue Blitze, Strahlen, welche sich auf ihn niedersenken. Er empfängt die Verkündigung, die Offenbarung durch Gottes Stimme.

Als Paranoia originaria hat Sander eine Form der Verrücktheit beschrieben, wo die krankhaften Störungen sich bis in die Kindheit hinein verfolgen lassen.

Es sind eigenartig veranlagte, sonderbare, empfindliche menschenscheue, zu Grausamkeiten neigende Kinder, bei denen sich früh hypochondrische und Beeinträchtigungsideen einstellen. Sehr frühzeitig kommt es zu ausgesprochenen Vergiftungsideen, zu denen meist später Größenideen hinzutreten. In der Regel ist eine schwere neuropathische Konstitution vorhanden.

Die Stimmung der Kranken ist eine wechselnde, im großen und ganzen mit den Wahnideen im Zusammenhang stehend, insofern, als eine gehobene, selbstbewußte den Größenideen, eine erwartungsvolle, ablehnende, mißtrauische, leicht reizbare, erregbare Stimmung den Beeinträchtigungsideen entspricht. Auf diese Kongruenz ist nicht mit Sicherheit zu rechnen, z. B. sah ich bei einem Kranken, der sich über geschlechtliche Beeinflussung lebhaft beklagte, jedesmal eine gehobene, angenehme Stimmung, wenn die Manipulation von seinen Feinden durch eine Maschine erfolgte.

Manche Kranke haben sich sehr in der Gewalt, verraten in ihrer Stimmung für gewöhnlich nichts von den sie beherrschenden Vorstellungen.

Gelegentlich, bei besonderen Veranlassungen macht sich die gehobene oder mißtrauische Stimmung geltend. Sie sind dann sofort bemüht, dieses zu verbergen.

Auch im ganzen Auftreten, Benehmen, Handeln zeigen oft die Kranken, namentlich im Beginn, keine auffallenden Störungen. Sie verstehen sehr geschickt ihr Mißtrauen, ihre Furcht zu verbergen. Gelegentlich einmal verrät sich die Erkrankung in kurzen Aeußerungen, in plötzlichen abrupten Handlungen, die einen Einblick in die krankhaften Vorstellungen und ihren Einfluß auf die Kranken gestatten.

Bei vielen Kranken ist die Reaktion auf die Wahnvorstellungen eine recht lebhafte. Sie suchen Schutz gegen ihre vermeintlichen Gegner, wenden sich an die Behörden, bringen der Polizei Nahrungsmittel, damit diese auf Gift usw. untersucht werden, beklagen sich bei den Gerichten über ihre Feinde, wenden sich an die breiteste Oeffentlichkeit in Zeitungen, in Broschüren, Flugblättern, machen Eingaben an die Parlamente, in denen sie um Abstellung der Verfolgungen, der Schmähungen, der Frevel usw. bitten. Wird ihnen keine Unterstützung, so suchen sie sich durch gewalttätige Angriffe und Attentate gegen ihre Gegner zu schützen, teilen Schläge, Ohrfeigen aus, schießen. Um ihren Feinden zu entgehen, machen sie fortwährend Reisen, wechseln die Wohnung.

In der Idee, eine Prüfung zu überstehen, bringen sie sich Verletzungen bei, schlagen sich Nägel in Hände und Füße, in den Kopf, kastrieren sich, bohren sich Augen aus.

Sie konstruieren sich Schutzapparate von Blech, Pappe, Zeug für ihren Körper, um den Einwirkungen des Magnetismus usw. zu entgehen. Ihre Wohnungen verrammeln sie, lassen sich besondere Schlösser machen, wickeln Fäden um Klinke und Schlüssel ihrer Tür, die sie jedesmal wieder lösen und versiegeln, um zu verhüten, daß unbemerkt jemand zu ihnen kommt. Gegen die Stimmen stecken sie sich Watte in die Ohren.

Um die bösen Geister zu vertreiben, hatte sich ein Kranker den ganzen Körper, Gesicht inbegriffen, mit Jodtinktur bepinselt.

Die am Wahn der vornehmen Abstammung Kranken suchen ins Schloß zu dringen, wollen sich ihren fürstlichen Verwandten vorstellen.

Die Erfinder bemühen sich, für ihre Ideen (perpetuum mobile usw.) Anhänger zu gewinnen. Die religiös Verrückten wollen ihren neuen Lehren Geltung verschaffen, stören den Gottesdienst, verbreiten Flugblätter mit Beschimpfungen der bestehenden Kirche.

Die an Erotomanie Leidenden schreiben zärtliche Briefe, suchen sich ihren Auserwählten um jeden Preis zu nähern, lauern ihnen auf, reisen ihnen nach, suchen in die Wohnung zu dringen.

Hat diese Kranken dann eine gemeingefährliche Handlung in die Irrenanstalt gebracht, verhalten sie sich hier oft ganz ablehnend; mit herablassender lächelnder Miene verweigern sie Auskunft. Oft sind sie nach abgelaufenem Erregungszustand am neuen Ort zunächst ruhig, fühlen sich von Verfolgungen freier, dann ziehen sie auch die neue Umgebung in das Reich ihres Wahnes. Durch die gebotene Zurückhaltung, die sie als widerrechtliche Freiheitsberaubung auffassen, findet der Wahn der Beeinträchtigung oft neue Nahrung.

Die Sprache der Verrückten zeigt oft Besonderheiten, sie sprechen eigentümlich geziert, affektiert, andere stottern infolge von hypochondrischen Empfindungen im Halse, an der Lunge, am Munde. Manche nehmen in Schrift und Sprache eine besondere Ausdrucksweise an, bilden ganz neue Worte, um die verschiedenen Manipulationen klar zu machen, welche mit Hilfe von Maschinen an ihnen ausgeführt werden.

Eine reiche Blütenlese findet sich in Wollny: Erklärungen der Tollheit. Zuweilen führen sie die Ausdrücke auf Sinnestäuschungen des Gehörs zurück, wie „Hal, Skene, Kordelhand", Worte, welche einem Kranken zugerufen wurden.

Der Verlauf ist ein chronischer, oft sich über das ganze Leben erstreckender. Die Wahnbildung ist nicht immer progressiv, es kommt zu Stillständen.

Im Beginn und späterhin kommen Erregungszustände vor, welche den bei der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit auftretenden Erregungen gleichen. Sie sind als Exazerbationen im Verlaufe der chronischen Erkrankung aufzufassen. Auch stupuröse Phasen können sich einschieben: Anfälle von Starre, stereotype, krampfartige Bewegungen, Stummheit, Nahrungsverweigerung, Widerstreben. Die krampfartigen Bewegungen können äußerlich hysterischen Anfällen sehr ähnlich sehen, werden ausgelöst durch Empfindungen, Sensationen und Vorstellungen. Bei den religiös Verrückten kommt es häufig zu ekstatischen, dämonomanischen Zuständen mit anhaltendem Beten, Wiederholung derselben Worte, Singen von Psalmen, Sprüchen, Neigung zu Verletzungen. Ein schubweiser Verlauf in Remissionen ist in einzelnen Fällen zu beobachten.

Prognose.

Die Prognose ist eine ernste. Mit der Annahme der Unheilbarkeit in jedem Falle von Verrücktheit muß man sehr vorsichtig sein. Vereinzelt gelangt die Erkrankung zur Heilung, es sind besonders die Fälle, welche mit einer lebhaften Beteiligung der Affekte einhergehen, bei denen es vorwiegend zur Entwicklung von Verfolgungsideen gekommen, der Größenwahn nur angedeutet ist (z. B. in einem Falle verfolgt wegen guter Begabung), nicht zu einer totalen Umänderung der Persönlichkeit geführt hat. Manche Kranke lernen sich so beherrschen, daß sie Genesung vortäuschen können. Die Intelligenz bleibt in vielen Fällen intakt. Bei einem Teil tritt, unter Zerfall des Wahnsystems, deutliche geistige Schwäche ein.

Ueber die als Dementia paranoides (nach Kraepelin als paranoide Form des Dementia praecox) beschriebene Form vgl. dieses Kapitel.

Therapie.

Es wird von mannigfachen Zufälligkeiten, die in dem Charakter des Kranken, in dem Inhalt der Wahnvorstellungen, in der äußeren Umgebung begründet liegen, abhängen, wann ein Kranker in Anstaltsbehandlung kommt. Versuch der Ablenkung durch geeignete Beschäftigung wird die zweckmäßige Therapie sein. — Bei dem schädlichen Einfluß, den zuweilen die Zurückhaltung ausübt, wird bei nicht vorhandener Gemeingefährlichkeit der Versuch einer freieren Unterbringung angezeigt sein.

Forensische Bedeutung.[1])

Die forensische Bedeutung der Paranoia ist eine große. Es gibt zwar Paranoiker, welche ihr ganzes Leben lang harmlos bleiben; nicht einmal der Anstaltsbehandlung bedürftig werden, aber

[1]) s. a. Siemerling, Streitige geistige Krankheit im Handb. d. gerichtl. Med. von Schmidtmann Bd. III. Berlin 1906.

gelegentlich kann auch ein anscheinend harmloser Paranoiker für seine Umgebung gefährlich werden. Inhalt und Richtung der Wahnideen, äußere Umstände sind bei der Abschätzung der Frage nach der Gefährlichkeit der Kranken zu berücksichtigen. Die Handlungen, welche die Kranken mit dem Gesetz in Konflikt bringen, stellen sich meist als Abwehr- und Schutzmaßregeln gegen die vermeintlichen Feinde dar. In Wort und Tat suchen sie sich ihrer Angreifer und Verfolger zu erwehren, greifen zur Selbsthilfe durch Angriffe. Das Ueberlegte, Planmäßige macht sie für ihre Umgebung unter Umständen sehr gefährlich.

Ihr Vorgehen und ihre Angriffe werden von dem Inhalt ihrer Vorstellungen beeinflußt. Es kommt zu Majestätsbeleidigungen infolge von Verfolgungs- und Größenideen, zu Störungen des Gottesdienstes infolge von religiösen Ideen, zu Angriffen gegen das Leben anderer, weil sie von ihnen sich verfolgt und beeinträchtigt wähnen (oft hypochondrische Vorstellungen). Den Nachweis des kausalen Zusammenhanges zwischen Wahnvorstellung und Straftat verlangt das Gesetz nicht für den Nachweis der krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51.

Die Entmündigung wird in ausgesprochenen Fällen keine Schwierigkeiten bereiten. Mit der Unheilbarkeitserklärung bei chronischer Verrücktheit sei man sehr vorsichtig.

Schwierig ist die Frage der Dispositionsfähigkeit dann, wenn sich die Wahnideen auf einen bestimmten Kreis erstrecken; im Uebrigen der Kranke gesund erscheint („partiell verrückt"). Es kommt hier auf den Umfang der Störung an und auf die Wirksamkeit bei Besorgung der Angelegenheiten.

Es muß nachgewiesen werden, daß infolge der Geisteskrankheit eine solche Beeinflussung des Handelns stattfindet, daß es den Betreffenden an der Besorgung der Angelegenheiten faktisch hindert.

Bei der Abschätzung, ob wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche die Entmündigung statthaben soll, werden in erster Linie Art und Umfang der vom Kranken zu besorgenden Angelegenheiten zu berücksichtigen sein. Bei einfachen Verhältnissen wird der Kranke unter Umständen noch beschränkt geschäftsfähig sein können.

Schwierigkeiten wird dem Sachverständigen auch eine eventuelle Dissimulation bereiten können. Vollständige Beherrschung der Krankheit, daß sie das Handeln nicht ausschließt, wird auch die Annahme der Dispositions- uud Geschäftsfähigkeit zulassen.

Literatur.

Adam, Georg, Zum periodischen Irresein. I.-D., Rostock 1903.

Adrian, Hermann, Zur Frage vom moralischen Irresein und Verbrecherwahnsinn. I.-D., Berlin 1881.

v. Bechterew, Ueber hypnotischen Zauberwahn, Monatsschr. f. Psych., Bd. XXII, H. 3, S. 202, 1907.

Derselbe, Ueber zwangsweise Eifersucht, ebd. Bd. XXVI, H. 6, S. 501.

Berze, Das Primärsymptom der Paranoia. Centralbl f. Nervenheilk. N. F. Bd. XXII. S. 432, als Monographie erschienen. Halle, Marhold 1903.

Bianchini, Lévi. Observation su les tableaux cliniques de Paranoia et démence paranoide. Rev. neur. Nr. 14, S. 645.

Birnbaum, Ueber den kausalen Zusammenhang hypochondrischer Wahnvorstellungen mit somatischen Störungen. Med. Kl. Nr. 30, S. 891.

Bleuler, Affectivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, Marhold 1906.

Bumke, Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk N. F., Bd. 20, S. 381.

Buchholz, Albert, Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Anfällen. Habilitationsschrift. Leipzig 1895.

Cramer, A., Pathologisch-anatomischer Befund in einem akuten Falle der Paranoiagruppe. Arch f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.
Cramer, Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1902. Neurol. Centralbl. 1902, S. 715.
Damerow, H., Sefeloge. Eine Wahnsinnstudie. Halle 1853.
Dannemann, Zur Kasuistik der typisch. Form der Paranoia. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1906, S. 277.
Dromardet Albès, Folie du doute et illusion de fausse reconnaissance. Rev. de Psych. T. XI, 1, S. 12.
Drysdale, H. H., Types of Paranoia. The Cleveland Med. Journ. Vol. VII, Nr. 7, S. 395.
Ennen, Paranoia oder manisch-depressives Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. N. F. B. 20, S. 434.
Espuet, Paul, Ueber akute primäre Verrücktheit mit Anschluß zweier in der Charité zu Berlin beobachteter Fälle. I.-D., Berlin 1874.
Everke, P., Aphasieähnliches Symptom bei einem Paranoiker. I.-D. Würzburg 1908.
Fischer, Ignaz, Führt die Paranoia zur Verblödung. Gyogászat Nr. 7.
Forster, Ueber die Bedeutung des Affektes bei Paranoia, Neurol. Centralbl. 1907, S. 933.
Frank, Paranoia hallucinatoria nach Kopfverletzung, Med. Klin. Nr. 30, S. 1135.
Frantz, Adolf, Ein Fall von Paranoia mit konträrer Sexualempfindung. I.-D., Berlin 1895.
Fritsch, J., Allgemeine Diagnostik des Irreseins. Wiener Klinik, VII. Jahrg., H. 8, 1881.
Gottlob, A., Zur sexuellen Form des Verfolgungswahns I.-D., Würzburg.
Hamel, Maurice, Contribution à l'étude clinique des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés. Paris 1892
Heller, Ernst, Die Wahnideen der Melancholiker. I.-D., Marburg 1898.
Henneberg, R., Beitrag zur Kasuistik der Paranoia chronica. Charité-Annal., 21. Jahrg.
Hermann, Ueber die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, H. 2, S. 261
Jänicke, Georg, Ueber Metamorphosenwahn. I.-D., Hannover 1902.
Joffroy, Contribution à l'étude de l'interprétation délivante dans les délires systématisées. L'Encephale. 3. Jahrg., Nr. 2, S. 117.
Jolly, Degenerationspsychose und Paranoia Charité-Annal., Bd. XXVII, S. 465.
Kalmus, Ueber den anat. Befund von Urogenitalapparat eines 57 jähr. Paranoikers, 26 Jahre nach Selbstkastration. Prag. med. Wochenschr. Nr. 43, S. 573.
Käs, Th., Untersuchungen über Verwirrtheit. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten, 2. Jahrg. 1890.
Krause, A., Ueber eine bisher weniger beobachtete Form von Gesichtstäuschungen bei Geisteskranken. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 3.
Derselbe, Ueber Zustände von Verwirrtheit und Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.
Kunick, Zur Lehre von der Paranoia chronica. I.-D., Kiel 1905.
Lehmann, R., Paranoia, Affekt, Verfolgungswahn, Größenwahn. Psych. neurol. Wochenschr. XI. Jahrg., Nr. 37, S. 321.
Leidesdorf, Kasuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit.
Legrand du Saull, Le Délire des Persécutions. Paris 1871.
Linke, Noch einmal der Affekt der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59. S. 256. (Erwartungsaffekt.)
Löwy, Das Krankheitsbild der überwertigen Idee u. die chron. Paranoia. Lotos, Bd. 56, H. 5.
Mahles, Casuistischer Beitrag zur Paran. chron. Eifersuchtswahn auf nicht alkohol. Basis. I.-D. Kiel 1908.
Merklin, A., Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVIII.
Meynert. Theodor, Die akuten (halluzinat.) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Wien 1881.
Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris 1893, übersetzt von Möbius.
Neisser, Klemens, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte, Vortrag im Verein ostdeutsch. Irrenärzte in Breslau 5. Dez. 1891. Centralbl. f. Nervenh. u Psych.
Norman, Conolly. Modern Witchcroft, a study of a phase of Paranoia. Journ. of. ment. Sc. Vol. LI, S. 116.
Otto, F., H., Ein seltener Fall von Verwirrtheit. I.-D., München 1889.
Parand Armand, Victor, Les Délires de Jalousie. Thèse Toulose 1901.
Parrot L., Poésies d'un persécuté. L'Enc. 4, S. 596, 1906.

Pick, Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurol. Centralbl. Nr. 1, S. 2, 1902.
Reinige, Theodor, Ein Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein. I.-D., Bonn 1902.
Reinhard, H., Ueber Erfindungswahn. I.-D., Kiel 1908.
Skierlo, Friedr., Ueber periodische Paranoia. I.-D., Königsberg i. Pr. 1900.
Sandberg, Richard, Beitrag zur Charakteristik der Wahnideen der chron. Verrückten. I.-D., Breslau 1887.
Sommer, Paranoia. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
Schaefer, H., Paranoia? Zeitschr. f. Psych. Bd. 65, H. 6, S. 972.
Schultze, Ernst, Stirnersche Ideen in einem paranoischen Wahnsystem. Arch. f. Psych., Bd. XXXVI, H. 3.
Derselbe, Bemerkungen zur Paranoiafrage. Deutsche med. Wochschr., Nr. 3 u. 4, 1904.
Schultze, Max, Ueber den Eifersuchtswahn außerhalb des chron. Alkoholismus. I.-D., Bonn 1893.
Scholinus, Gustav, Ueber primäre und sekundäre Paranoia. I.-D, Greifswald 1890.
Schott, Beitrag zur Lehre von der sog. originären Paranoia. Monatsschr. f. Psych., Bd. XV, S. 321.
Derselbe, Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 257.
Schneider, Ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 65.
Schlöss, Infantile Paronia. Ueber einen Fall von infantiler Paranoia. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 23, 1903, S. 671.
Serbsky, Wladimir, Contribution à l'étudé des formes mixtes. Ann. médicopsych. 9. S., T. III, Nr. 3, S 370.
Skliar, Ueber die Grübelsucht. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XXX. Bd., 1909.
Siemerling, Psychiatrie im Wandel der Zeiten. Rede. Kiel 1904.
Siefert, Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych., Bd 39, S. 783.
Soukhanoff, Sur quelques cas particuliers de trouble mental à caractère paranoide et mélancolique. Rev. de Psych., T. X., Nr. 7, S. 178, 1906.
Derselbe, De la soi-disont „paranoia". Journ. de Neurol. Nr. 13, S. 241.
Specht, Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F. Bd. 19, S. 817.
Taube, Woldemar, Ueber hypochondrische Verrücktheit. I.-D., Dorpat 1886.
Tiling, Zur Paranoiafrage. Psych. Wochenschr., Nr. 43, S. 431.
Többen, Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Monatsschr. f. Psych„ Bd. XIX, H. 4, S. 323.
Werner, C., Die Paranoia. Monographie. Stuttgart 1891.
Wahlert, Franz, Zur Kasuistik des Eifersuchtswahns. I.-D., Greifswald 1903.
Wassmund, Ernst, Beitrag zu der Frage von dem Vorkommen der kompletten und partiellen Amnesie bei der akuten und chronischen Paranoia. I.-D., Berlin 1886.
Wernicke, Grundriß der Psychiatrie.
Westphal, C., Ueber die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., XXXIV. Bd., H. 2, S. 352, 1878.
Ziehen, Th., Ueber Störungen des Vorstellungsablaufs bei Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, H. 1.

Schriften von Kranken.

Ahrens, Ein Appell an Hamburger Bürger.
von Besser, Aus dem Irrenhause.
Caspar, F., R., Die Seele des Menschen, ihr Wesen und ihre Bedeutung. Leipzig.
Gehrmann, Karl, Körper, Gehirn, Seele, Gott. Berlin 1893. (Ein vierbändiges Werk.)
Haslam, Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny. Leipzig 1889.
Herrmann, Das moderne Vehmgericht, eine soziale Gefahr. Erlebnisse eines für unheilbar irrsinnig Erklärten.
Modernes Strandrecht. Kein Roman, eine aktenmäßige Entmündungsgeschichte.
Paasch, Eine jüdisch-deutsche Gesandtschaft und ihre Helfershelfer.
Schmezer, An König und Mitbürger. Leidensgeschichte eines unschuldig Verfolgten.
Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1903.
Teffer, Ueber die Tatsache des psycho-sexuellen Kontaktes oder die actis in Distanz.

II. Querulantenwahnsinn.

Einer besonderen Erwähnung verdient die Abart der chronischen Paranoia, der

Querulantenwahnsinn.

Beim Querulantenwahnsinn herrscht die **Idee der rechtlichen Beeinträchtigung, der rechtlichen Verfolgung.** Die Erkrankung bricht in der Regel während eines Rechtsstreites, während der Führung eines Prozesses aus, in welchem der Betreffende bei der Entscheidung der ersten Instanz unterliegt. Nicht immer ist es aber der ungünstige Auslauf der Rechtssache, das daraus resultierende Gefühl des erlittenen Unrechts, nein, auch die günstige Wendung, der Gewinn des Rechtsstreites, kann den Anstoß geben zur Entwicklung der Erkrankung, ausgehend von der Vorstellung, es sei in dem günstigen Urteil nicht genügend Recht, nicht das richtige Recht gesprochen.

Eine Wendung in dem Erkenntnis gibt zuweilen den Anknüpfungspunkt, noch mehr Recht zu erlangen, als gesprochen ist.

Auf jeden Fall glaubt der Kranke sich *nicht im Besitze des richtigen Rechtes oder im Unrecht.* Er glaubt sich benachteiligt, geschädigt, zurückgesetzt durch die Behörden, welche mit seiner Sache zu tun haben. Daraus entwickelt er sich Anschauungen über Rechtsverhältnisse, zu deren Bildung die tatsächlichen Umstände gar keinen oder keinen ausreichenden Grund abgeben. Trotz aller mit seinen Anschauungen in Widerspruch stehenden Tatsachen, trotz aller eklatanten Gegenbeweise hält er an der einmal gefaßten, in dieser Ausdehnung unbegründeten und darum unzutreffenden, oft ganz falschen Anschauung fest. Dieser sucht er Geltung und Anerkennung zu verschaffen.

Diese Idee der rechtlichen Benachteiligung wirkt wie ein ins Wasser geworfener Stein: er zieht immer weitere Kreise. Daß sie Wurzel fassen und sich so weitgehend ausbreiten kann, erklärt sich ungezwungen aus der in der Regel bestehenden *großen Selbstüberschätzung* und dem trotz guter Kenntnisse der Rechtsformen gleichzeitigen *Mangel an richtigem Verständnis für das wirkliche Recht, für den sittlichen Inhalt des Rechtes.*

Dieser *Urteilsmangel* und die *gesteigerte Selbstüberschätzung*, die den Wert anderer Personen, wenn überhaupt, nur sehr begrenzt, einschätzt, führen zu einer unbegrenzten Würdigung und maßlosen einseitigen Betonung der eigenen Interessen.

Für sich beanspruchen sie nur Rechte, Pflichten weisen sie ihren Gegnern zu. Von der Richtigkeit der einmal gefaßten Meinung sind sie so überzeugt, daß sie jedem Versuch der Aufklärung, der Korrektur, der Belehrung trotzen. In starrer *Unbelehrbarkeit* („ich bin der rocher de bronze, an welchem sich das jetzige Recht brechen muß") beharren sie auf ihrem Wahn.

Dieses Mißverhältnis zwischen den tatsächlichen Verhältnissen und den Schlußfolgerungen, die sie ziehen, wird in der Folgezeit immer größer und auffallender.

In vielen Fällen gelingt es, an der Hand des Aktenmaterials den Nachweis zu erbringen, daß die Schlußfolgerungen der Kranken, welche sie in ihren Beschwerden zutage fördern, der tatsächlichen Begründung ganz entbehren. Aber darauf kommt es in letzter Linie

nicht an, ob sie eine unbegründete, falsche oder irrige Meinung vertreten, sondern es handelt sich um die Art und Weise, in welcher die Auffassung über erlittene rechtliche Schädigung weiter verarbeitet wird. Das ist zu berücksichtigen, wenn die Klarstellung der tatsächlichen Verhältnisse auf Schwierigkeiten stößt und im Stich läßt.

Allen Einwendungen setzen die Kranken eine vollkommene Unbelehrbarkeit und Starre entgegen. Nur ihre eigene Ansicht ist die allein richtige, wer dieser zustimmt, ist ihr Freund, wer ihr zu widersprechen wagt, ihr Feind, der ebenso wie die Behörden sie zu schädigen sucht, mit diesen sich im Bunde befindet.

Infolgedessen sind sie empfänglich für alles, was in ihre Ideenverbindung paßt, sie verlieren jede Objektivität des Urteils, wie fasziniert halten sie sich in ihrer Leichtgläubigkeit nur an das, was mit ihrer Denkweise übereinstimmt.

Diese verkehrte, wahnhafte Auffassung. welche allen äußeren Verhältnissen entgegengebracht wird, führt zu einer falschen Beurteilung der Handlungen aller Personen, die mit ihrer vermeintlichen rechtlichen Benachteiligung irgendwie in Berührung gekommen sind. Alle Ueberlegungen, Urteile und Beweggründe dieser erscheinen ihnen anders, verändert, werden nicht mehr aus den normalen Verhältnissen heraus beurteilt, sondern nur in Beziehung zu ihrem eigensten Recht, in Beziehung zu ihrer krankhaft veränderten Persönlichkeit betrachtet. Eine unbefangene, sachliche Prüfung der Gesamtverhältnisse vorzunehmen sind sie gar nicht mehr imstande. Der Gedanke: „was ich denke, tue, halte ich für gerecht, das ist das Rechte“ läßt sie nicht zu einer richtigen Auffassung und zu richtigen Schlußfolgerungen kommen.

Die falsche Prämisse ruft immer wieder falsche Schlüsse hervor. Entgegenstehende Zeugenaussagen gelten darum nicht für sie. Die einzig richtigen Zeugen, wenn sie überhaupt solche anerkennen, sind lediglich die, welche in ihrem Sinne aussagen. Dabei macht es ihnen nichts aus, wenn ihre zitierten Zeugen nur nichtige Sachen zu berichten wissen, in der Hauptsache ganz abweichen von ihrer Meinung.

Auffassungsvermögen und Gedächtnis sind oft intakt. In anderen Fällen werden auch sie von der alles beherrschenden Idee des erlittenen Unrechtes in Mitleidenschaft gezogen und bei der Neigung, sich alles zu ihren Gunsten auszulegen, kommen sie infolge von Erinnerungsfälschungen leicht zu falschen Reproduktionen. Auf eine Entstellung der Tatsachen kommt es ihnen nicht dabei an, sie ersinnen sich direkt unwahre Geschichten, schieben fabulierte Erzählungen unter.

So nimmt die Idee der rechtlichen Beeinträchtigung das ganze Denken in Besitz. Ist auch die Methode des Denkens noch vorhanden, so ist doch die Fähigkeit, richtig zu überlegen, gestört, weil keine Gegenvorstellung sie von der falschen Voraussetzung abbringt.

Die Idee der rechtlichen Verfolgung gewinnt an Ausdehnung und Intensität. Jeder Widerstand trägt zur Verstärkung und Verallgemeinerung des Wahns bei und läßt den Kranken zu der Auffassung kommen, daß schließlich alle gegen ihn zusammenhalten, nicht nur die, welche mit seiner Angelegenheit direkt zu tun haben, nein, auch seine ganze Umgebung. Seine Familie steht nicht mehr zu ihm, das ganze Dorf hat sich verbündet. Er sieht sich in einer vollkommen rechtlosen Sonderstellung, findet kein Verständnis bei seinen Mitmenschen, weil es diesen nach seiner Ansicht an der

nötigen moralischen Befähigung und der erforderlichen Einsicht fehlt. Es kommt in manchen Fällen zum Ausbau anderweitig gefärbter Verfolgungsideen. Die Frau hält es mit dem Gegner, hat sich diesem hingegeben, versucht ihn zu vergiften, beiseite zu bringen. In diesem Stadium treten sogar Sinnestäuschungen auf; so berichtete ein Kranker über die Erscheinung einer Taube und eines Raben, welche miteinander kämpften, führte diese als symbolische Auslegung seines Kampfes gegen das Unrecht auf.

In einem anderen Falle von induziertem Querulantenwahnsinn bei einer an Lues cerebri leidenden Frau traten in den anfallsweise auftretenden Störungen des Bewußtseins sehr lebhafte Sinnestäuschungen, verknüpft mit ihrem Wahnsystem auf: es erschien ihr Hauptfeind, den sie deutlich sah, wie er sie bedrohte.

Derartige halluzinatorische Zustände, meist mit Erregung einhergehend, sind passager und nicht häufig. In den meisten Fällen werden niemals Sinnestäuschungen beobachtet.

Die Besonnenheit, die dadurch vorübergehend gestört sein kann, ist für gewöhnlich bei diesen Kranken ungetrübt.

Bei aller Besonnenheit sind sie aber ganz unbelehrbar. Diese totale Unbelehrbarkeit begründet ihre Eintönigkeit in allen ihren Aeußerungen, mögen sie sich mündlich verteidigen oder in Beschwerden ihr Recht suchen. In stereotyper Weise reproduzieren sie immer dieselben Geschichten. Die Idee hat eine zwingende Gewalt erlangt, sie ist zum fixen Zwangsgedanken geworden, der immer wieder antreibt, keine Ruhe läßt.

Diese von innen heraustreibende Kraft der krankhaften Idee im Verein mit der Selbstüberschätzung bewirkt eine mehr oder weniger starke Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. Dieser noch durch die Unbelehrbarkeit verstärkte Affekt drückt dem ganzen Handeln den Stempel auf. Mit einer außerordentlichen Rührigkeit, mit einer staunenswerten Energie sind sie Verfechter ihres angeblich beleidigten und nun um jeden Preis zu erringenden Rechtes. Beschwerde erfolgt auf Beschwerde, alle Instanzen rufen sie an. Jede Abweisung, jeder ablehnende Bescheid bestärkt sie in ihrer Annahme, daß ihre Gegner ihnen nicht recht geben wollen.

Die Schriftstücke in ihrer Weitschweifigkeit, in ihrer eintönigen Wiederholung immer derselben Geschichten mit den zahlreichen Unterstreichungen, Interpunktionen verraten oft schon ihrem ganzen Aeußeren nach die krankhafte Entstehung.

Auch in den Schriften lassen sich die Mängel und Unrichtigkeiten bei der Wiedergabe von Erlebnissen und Aeußerungen infolge ihrer mangelnden Reproduktionstreue erkennen, auch hier treten Kritiklosigkeit und Leichtgläubigkeit zutage, mit denen sie ganz unklare und unwahrscheinliche Behauptungen vorbringen. Zuweilen weisen die Schriftstücke eine sehr krause, unklare Ausdrucksweise auf, die das Verständnis sehr erschwert.

Mit großer Sorgfalt sammeln sie alle auf ihre Angelegenheiten bezüglichen Papiere, sind jederzeit bereit, den Inhalt in extenso aus dem Gedächtnis vorzubringen.

Nicht selten steigert sich ihre gemütliche Erregbarkeit bei der Erwähnung ihrer Streitigkeiten sehr. Mit leidenschaftlichem Affekt, mit erhobener Stimme, mit Pathos in Wort und Gesten, in hastiger, sich überstürzender Sprechweise, äußerlich schon ihre Erregung erkennen lassend, ergehen sie sich in Darstellungen über ihr Schick-

sal, über das himmelschreiende Unrecht, was ihnen zugefügt ist und wird.

Man erwarte aber nicht immer solchen Leidenschaftsausbruch. Wahnsinnige Querulanten wie Verrückte wissen sich sehr wohl zu beherrschen und bemühen sich gerade durch äußere Ruhe, ihre innere Erregung zu verbergen. Ihre dauernd gereizte Stimmung entladet sich dann in Verweigerung der Annahme von Vorladungen oft unter Berufung auf einen ganz nichtigen Grund (Wohlgeboren statt Hochwohlgeboren auf der Adresse), im Abweisen des Gerichtshofes aus Befangenheit, in Schriftstücken, die von gehässigen Angriffen, Schmähungen, Beleidigungen, Verdächtigungen gegen die Beamten, welche ihre Angelegenheit zu führen haben, strotzen. Der Kranke scheut sich nicht, diese als meineidige Verbrecher, Schurken, Gesetzesbeuger, pflichtvergessene, jeder Moral und Intelligenz bare Beamten hinzustellen, die bestochen sind, nur ein Spiel mit ihm treiben, ihn um jeden Preis verderben wollen. Der wörtlichen Beleidigung folgt oft die tätliche auf dem Fuße, sie schrecken nicht davor zurück, sich mit der Waffe in der Hand ihr vermeintliches Recht zu erkämpfen. Sie fühlen sich als Märtyrer, als unschuldig Leidende, vergleichen sich mit Christus, halten es für ihre Pflicht, den Kampf um das Recht gegen die ganze Welt aufzunehmen, wenden sich in Broschüren, Aufrufen an das Publikum, beschimpfen öffentlich die höchsten Beamten, ergehen sich in Majestätsbeleidigungen (verfolgte Verfolger). Eine beliebte Taktik dabei ist, die persönlichen Beziehungen der Beamten, ihre Abstammung, ihre privaten Beziehungen zu verdächtigen nach der Schablone der Verleumder: semper aliquid haeret.

Als Beleidigung wollen sie das alles nicht anerkannt sehen, nur als Mittel zur Erlangung ihres Rechtes.

In dieser streitsüchtigen Stimmung, mit ihrer Rede- und Schriftgewandtheit, mit ihrer Belesenheit und Kenntnis des formellen Rechtes mit ihrem oft glänzenden Gedächtnis, ihrer Schlagfertigkeit imponieren sie, finden überzeugungstreue Anhänger, werfen sich zu Anwälten der rechtlichen Interessen anderer auf, gründen Vereine zur Wahrung des unterdrückten Rechts. Zeit und Vermögen verschwenden sie in diesem Kampf, bringen sich und ihre Familie oft an den Bettelstab.

Bestrafungen bessern diese Kranken nicht, steigern sie nur weiter in ihren Wahn hinein.

Es ist eine der häufigsten Erscheinungen, daß gerade diese Kranken im Beginn **verkannt**, auch später, wenn ihr Leiden ganz manifest geworden ist, nicht richtig erkannt werden und eine ganz falsche Beurteilung und Behandlung erfahren.

Schuld daran trägt die Eigenart des von ihnen gebildeten Wahnes der rechtlichen Benachteiligung, der die objektive Möglichkeit des erlittenen Unrechts zunächst nicht ausschließt und darum auf leichtgläubige Gemüter beunruhigend und verlockend einwirkt, sie ohne weiteres, ohne Kenntnis der genauen Vorgänge, in den Ruf nach Gerechtigkeit einstimmen läßt.

Das äußere Benehmen dieser Kranken mit dem „Vernünftigreden“, der Schlagfertigkeit in Rede und Schrift, hinter welcher sich bei oberflächlicher Betrachtung die krankhaften Erscheinungen verbergen, entspricht so wenig der Vorstellung von Geisteskrankheit, welche der Laie sich zu machen pflegt, daß an alles andere, nur nicht an Geistesstörung gedacht wird. Dieser Mann, der „so klug spricht“, der seiner Beschäftigung nachgeht, soll geisteskrank sein,

nie und nimmer. Er wird noch als besonders gelehrt und gescheit angesehen, allenfalls infolge der Schroffheit seines Auftretens, der beleidigenden Heftigkeit und Gehässigkeit seiner Beschwerden als schlecht, bösartig, „grundverdorben“.

So gelingt es einem solchen Kranken leicht, Gesundheitsatteste von Aerzten, von anderen Personen Bescheinigungen über seine normale geistige Tätigkeit beizubringen. Nichts ist ja in den Augen der Menge leichter, als die Beurteilung derartiger Zustände, dazu genügt der gesunde Menschenverstand. Bei der oft erstaunlichen Langmut der Behörden gerade diesen impertinent und schroff auftretenden Petenten gegenüber, bei der ungerechtfertigten Scheu und übertriebenen Aengstlichkeit, sie als das zu behandeln, was sie sind, als Geisteskranke, bringen es derartige Kranke fertig, unaufhörlich mit ihren Eingaben und Beschwerden die Behörden zu belästigen.

Treffliche Fälle, die eine lebende Illustration des Gesagten bieten, habe ich mehrmals beobachtet, sind in der Literatur veröffentlicht (Hitzig, E. Meyer).

Vorkommen.

Das Querulieren als solches ist dem Querulantenwahnsinn keinesfalls ausschließlich eigen.

Es ist ein Symptom, welches sich auch bei Geistesgesunden finden kann. Hüten muß man sich, in der bloßen Tatsache des Querulierens etwa einen Beweis von Geistesstörung zu erblicken. Zeitverhältnisse, Ausfluß des Volkscharakters erfordern Berücksichtigung.

Häufig kommt das krankhafte Querulieren im Verlaufe von anderen Psychosen vor, besonders häufig im Verlaufe der chronischen Verrücktheit, bei den infolge von Verletzungen entstandenen nervösen und psychischen Störungen, bei angeborenen Schwachsinnszuständen, bei Imbezillität, dann gelegentlich auch bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, hysterischen, epileptischen Geistesstörungen, Alkoholismus chronicus.

Gewöhnlich ist es bei diesen letzteren Psychosen als Nebenerscheinung zu den übrigen Symptomen hinzugetreten aufzufassen, ohne daß die ganze Psychose ein besonderes charakteristisches Gepräge dadurch erhält.

Als häufigste Ursache muß eine ererbte Veranlagung angesehen werden, übertragen durch ausgesprochene Geistesstörungen, Trunksucht der direkten Aszendenten. Zuweilen lassen sich in der Vorgeschichte dieser Kranken schon weitgehende psychopathische Störungen nachweisen: überstandene geistige Erkrankung, sehr ausgesprochene Stimmungsanomalien, unmoralische, selbst verbrecherische Betätigung ihrer Neigungen von Jugend an, Unvermögen, sich eine feste Lebensstellung zu erringen und zu bewahren.

Die Intelligenz braucht nicht immer geschädigt zu sein. Ein nicht unerheblicher Teil der Kranken weist allerdings die deutlichen Erscheinungen des Schwachsinns auf.

Die Auslösung der Erkrankung führt ein Rechtsstreit herbei.

Diagnose.

Bei der Diagnose ist zu berücksichtigen, daß es nicht auf die Feststellung der Richtigkeit und Unrichtigkeit der Beschuldigungen ankommt, da die tatsächlichen Verhältnisse eine genaue Entscheidung in dieser Beziehung oft nicht zulassen.

Die Diagnose wird sich stützen müssen auf den **Nachweis der fortschreitenden Veränderung der ganzen Persönlichkeit.** Diese dokumentiert sich in der **einseitigen Betonung des persönlichen rechtlichen Interesses,** die eine vollkommen rechtliche Sonderstellung verlangt, in der **absoluten Unbelehrbarkeit, Beziehungs- resp. Verfolgungsideen mit der Tendenz der Verallgemeinerung,** in den fast immer angedeuteten **Größenideen, sei es nur als Selbstüberschätzung,** in der **gesteigerten gemütlichen Erregbarkeit,** die zu einer dauernden tiefgehenden Affektstörung führen kann und das Handeln beeinflußt.

Die Annahme einer partiellen geistigen Störung ist, wie überhaupt, auch bei dieser Erkrankung unhaltbar. Es ist auch nicht mit annähernder Bestimmtheit auszusagen und anzugeben, ob und welche Interessensphäre von der wahnhaften Auslegung und dem falschen Urteil verschont bleibt. Ihre Mitwirkung ist bei keiner Handlung mit Bestimmtheit auszuschließen.

Verlauf und Prognose.

Es ist unzweifelhaft, daß eine **Rückbildung** der wahnhaften Auslegung, wie sie den geisteskranken Querulanten auszeichnet, eintreten kann und der Kranke als genesen anzusehen ist.

Bei manchen Kranken wirkt die gemütliche Erregbarkeit, die Kampfesstimmung dauernd fort und läßt ihn nicht zur Ruhe kommen.

Bei anderen tritt im Laufe der Zeit eine **Beruhigung** ein, die Affektstörung bildet sich zurück, das Alter wirkt zuweilen beruhigend, so daß sie ihre frühere Energie in der Verfolgung ihrer Ideen verlieren, ohne diese selbst aufzugeben. Sie reagieren aber nicht mehr darauf, setzen sie nicht mehr in die Tat um, stellen ihre Beschwerden, Schreibereien, Beleidigungen ein und dokumentieren durch nichts mehr das Vorhandensein ihrer krankhaften Auffassung. Derartige Remissionen können lange anhalten.

Mit Recht werden neuerdings die affektiven Störungen im Verlauf des Querulantenwahnsinns mehr in den Vordergrund gerückt, als es früher geschehen ist. Ja einige Autoren bewerten diese Stimmungsabweichungen so stark, daß sie den Nachdruck darauf legen, direkt von einem Aufgehen des Querulantenwahnsinns in das manisch-depressive Irresein sprechen.

Behandlung.

Aus Gründen der Fürsorge resp. der Pflegebedürftigkeit, auch wenn Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne nicht mitspricht. sollte ein geisteskranker Querulant Aufnahme in eine Anstalt finden.

Infolge ihrer Erkrankung versetzen gerade Querulanten sich und die Ihrigen oft in die allergrößte Not, so daß eine Verhütung dieser Katastrophe im öffentlichen Interesse wohl angezeigt ist.

Ein **kurzer Aufenthalt in der Anstalt** wirkt meist **beruhigend** und **günstig** auf den Kranken ein, längere Zurückhaltung weckt das Gefühl der ungerechten Festhaltung und erschwert oft die Behandlung sehr.

Die eventuelle Gemeinfährlichkeit wird bei der Entscheidung der Frage nach der Dauer des Aufenthaltes maßgebend sein müssen.

Ein bloßer Ortswechsel wirkt oft auch schon günstig auf die Kranken ein.

Im allgemeinen Interesse würde es liegen, einen an Querulantenwahnsinn Leidenden, dessen kriminelle Unzurechnungsfähigkeit festgestellt ist, zu entmündigen, sei es wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit.

Pseudoquerulanten.

Neuerdings werden den echten Querulanten die Pseudoquerulanten gegenübergestellt. Haben wir es bei dem echten Querulanten mit einem Krankheitsvorgang zu tun, der zu bestimmter Zeit aus äußerem Anlaß ausbricht und seinen gesetzmäßigen Verlauf nimmt, so sehen wir in dem Pseudoquerulanten eine Form der persönlichen Veranlagung zum Ausdruck kommen, die von Jugend auf besteht und im wesentlichen unverändert fortdauert.

Es sind reizbare, stets unzufriedene, sich beleidigt fühlende Personen, welche ein vermeintliches oder wirkliches Unrecht mit außergewöhnlicher Hartnäckigkeit und mit erhöhter gemütlicher Erregbarkeit verfechten. Mit ihrer Leidenschaftlichkeit verbindet sich ein gesteigertes Selbstgefühl, sie halten sich für besonders klug, legen ihren Angelegenheiten eine besondere, die Oeffentlichkeit interessierende Wichtigkeit bei. So geraten sie leicht in Kämpfe und Konflikte mit ihrer Umgebung.

Zu einer wahrhaften Ausbildung ihrer Ideen der Schädigung und Zurücksetzung kommt es nicht. Die Wahnbildung, welche den echten Querulanten in seinem Tun bestimmt und entreifte, fehlt hier. Darum bescheiden sich die Pseudoquerulanten, wenn sie sehen, daß nichts mehr zu erreichen ist. Im gesetzlichen Sinne sind diese Pseudoquerulanten als nicht geisteskranke, nur querulierende Personen anzusehen.

Auf die Schwere der psychopathischen Veranlagung wird bei ihnen der Nachdruck zu legen sein, wenn es sich um forensische Würdigung handelt.

Forensische Bedeutung.

Bei der forensischen Würdigung des Querulantenwahnsinns finden die über die chronische Paranoia angestellten Betrachtungen ihre Anwendung. Nicht zu vergessen ist, daß eine Rückbildung der wahnhaften Auslegung eintreten kann und der Kranke als genesen anzusehen ist.

Im Beginn der Störung kann die Feststellung der Geisteskrankheit im Sinne des § 51 sehr schwierig sein, besonders bei nicht schwachsinnigen Querulanten.

Man berücksichtige auch die starken affektiven Störungen, welche zuweilen umfassender sind, als die Bildung von wahnhaften Vorstellungen.

Bei der Entmündigung ergeben sich oft die allergrößten Schwierigkeiten. Zu berücksichtigen ist, daß die Querulanten sich und die Ihrigen oft in die allergrößte Not versetzen. Eine Verhütung des gänzlichen Zusammenbruchs ist wohl im öffentlichen Interesse angezeigt. Sehr kompliziert können sich die Fälle gestalten, in denen die krankhafte Auffassung der rechtlichen Schädigung sich nur auf die Beziehungen zum Gericht erstreckt, alle übrigen Beziehungen der Betreffenden z. B. in einem Amt, in einer Tätigkeit unberührt läßt.

Bei einer einmaligen im Affekt begangenen Handlung wird es angängig sein, auch in solchen Fällen den § 51 in Anwendung zu

bringen. Anders liegt es bei der Frage der Dispositionsfähigkeit. Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. wird kaum nachzuweisen sein.

Bei Wiederaufhebung der Entmündigung eines Querulanten ist genau nachzuforschen, wie die Wahnideen noch sein Handeln beeinflussen.

Mit der Anwendung des „Schwachsinns" bei dieser Form der Erkrankung sei man vorsichtig. Manche Handlung und Aeußerung des Kranken ist wohl im höchsten Grade befremdlich, unzutreffend und unzweckmäßig, aber noch lange nicht schwachsinnig.

Literatur.

Albès, Abel et Charpentier, Réné. Psychose systematisée chronique à forme querulante. Constitution paranoique. Idée prévalentes Interprétations délirantes. L'Encéphale Nr. 8, S. 134.
Aschaffenburg, Querulanten und Pseudoquerulanten. Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 776.
Arnemann, Ueber Paranoia querulatoria im Anschluß an Fall Münch. Reichs-Med. Anz., Nr. 5, S. 83.
Brosius, Ueber Querulantenwahn. Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 24, 1876.
Becker, Carl, Der Querulantenwahn. I.-D., München 1889.
Derselbe, Eine Querulantin. Friedr. Bl. 05.
Fürstner, Bemerkungen zum Fall Hegelmair. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1894.
Gross, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Queralantenwahns. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. XXIX. Suppl. S. 107.
Heilbronner, Hysterie und Querulantenwahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Centralbl. f. Nervenheilk., XXX. Jahrg. N. F., Bd. XXIII, S. 769.
Horn, Unterschiede zwischen gesunden und kranken Querulanten. Friedrichs Bl. für gerichtl. Med. 1893.
Hennemeyer, Fall von Denunziantenwahn. Vierteljahrschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VIII, S. 205.
Hitzig, Ueber den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.
Jolly, Th., Gutachten über einen Fall von Querulantenwahnsinn. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1907, S. 441.
Kalähne, Waldemar, Beitrag zum Querulantenwahnsinn. I.-D., Berlin 1898.
Köppen, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. (Literaturverzeichnis). Arch. f. Psych., Bd. XXVIII, H. 1.
Derselbe, Beitrag zur forensischen und klinischen Beurteilung des sog. Querulantenwahnsinns. Charité-Annal., Bd. XIX, S. 606.
Derselbe, Zur Lehre von der überwertigen Idee und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahnsinn. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
Kornfeld, H., Entmündigung wegen partieller Geistesstörung. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXIII, H. 2, S. 334.
Leppmann, Querulantenwahn und Zwangsvorstellungen. Aerztl. Sachverst.-Ztg., 1903, Nr. 14, S. 282.
Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV, H. 1.
Derselbe, Zur Kenntnis des Querulantenwahns. Friedrichs Blätter f. ger. Med. 1903.
Magnan, Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1893. 8. 9. Lection Persecutés — Persécuteurs — übersetzt von Möbius.
Marx, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahn. Vierteljahrschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VII, S. 233.
Mittenzweig, Der Fall Witte. Zeitschr. f. Medizinal-Beamte 1893.
Moravcsik, Gegen Menschenleben wiederholt begangenes Verbrechen eines Paranoikers. Monatsschr. f. Criminalpsych. Bd. IX, S. 40.
Pfister, Ueber Paranoia chronica querulatoria. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX, S. 589.
Schüle, H., Epikritische Bemerkungen zum Hegelmairprozeß. Württemb. med. Correspondenzbl., Bd. LXIV, Nr. 17, 1994.
Siemerling, E., Gutachten betreffend den Geisteszustand des Herrn X. Charité Annal., 18. Jahrg.
Derselbe, Streitige geistige Krankheit im Hdb. der ger. Medizin von Schmidtmann Bd. III S. 257.
Strassmann, Querulantenwahn. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

Schriften von Kranken.
BIHLER, Ein militärischer Justizmord.
OK, Zustände in der Staatsirrenanstalt Winnenthal.
PFEIFFER, Enthüllungen aus dem Bereiche des Irrenwesens und der Rechtspflege.
PAASCH, Dr. jr. Freiherr F. E. VON LANGEN und der Fall PAASCH.
WITTE, Meine Amtsenthebung wegen beginnenden Querulantenwahns.

Im Anhang besprechen wir die

Paranoia acuta.

Die akute Paranoia als selbständiges Krankheitsbild wird nicht allgemein anerkannt. Besonders die Autoren, welche von der Auffassung ausgehen, es handele sich bei der Paranoia um eine durch und durch präformierte Abweichung des Seelenlebens, die nicht akut auftreten kann, stellen das Vorkommen einer akuten Paranoia als Krankheitsbild in Abrede, rechnen derartige Fälle zur Amentia, Katatonie, zum manisch-depressiven Irresein.

Im allgemeinen Teil (Seite 32) ist angeführt, daß die Symptome der akuten Paranoia als **Zustandsbild** auf dem Boden einer pathologisch veränderten konstitutionellen Grundlage bei geistigen Schwächezuständen, im Verlaufe anderweitiger Erkrankungen, bei Hysterie, Epilepsie, Dementia senilis, progressiver Paralyse sich entwickeln können.

In **vereinzelten Fällen** läßt sich die Paranoia acuta als selbstständiges Krankheitsbild abgrenzen.

Aetiologie.

Die Erkrankung bricht häufiger in der ersten Lebenshälfte aus. Der Erblichkeit fällt keine erhebliche Bedeutung zu. Hereditäre Belastung ist nur vereinzelt nachzuweisen, die sich in eigenartiger Veranlagung kundgibt. Es sind oft leicht empfindliche, verletzliche, exaltierte Menschen, die übelnehmerisch, unverträglich, mißtrauisch den Verkehr meiden.

Psychisch-körperliche Schädlichkeiten spielen bei den ursächlichen Momenten eine wichtige Rolle: akuter Blutverlust, Unterernährung, mangelhafter Schlaf, akute starke Gemütsbewegung, seelische Beeinträchtigungen durch andauernde Sorgen, Kummer oder Verdruß und geistige Ueberanstrengung (Examen, intellektuelle Ueberlastung). Vielfach findet sich die gemütliche Schädigung mit der geistigen Ueberanstrengung vereint.

Bestimmte Gelegenheitsursachen können die Erkrankung zum Ausbruch bringen: in der Haft, besonders der Einzelhaft, nach Vergiftungen, im Wochenbett sehen wir den Ausbruch erfolgen.

Zuweilen ist überhaupt kein ätiologisches Moment nachweisbar:

Eine der häufigsten Ursachen ist der chronische Alkoholismus. Die Form, in welcher die Erkrankung sich hier oft präsentiert, ist der akute Eifersuchtswahn, der für sich allein oder in Verbindung mit anderen Ideen der Verfolgung untermischt mit Größenideen sich entwickelt. (S. d. Kapitel Alkoholismus). Auch im Puerperium resp. in der Laktation ist die akute Entstehung des Eifersuchtswahns nicht selten (siehe Puerperalpsychosen).

Symptomatologie und Verlauf.

Vorboten von relativ kurzer Dauer, auf einige Tage oder höchstens Wochen sich erstreckend, kommen zur Beobachtung, doch sind sie meist vager Natur. Es wird bemerkt, daß die Kranken wie abwesend, zerstreut, zerfahren, vergeßlich sind, ihre gewohnte Arbeit schlecht ausführen. Oder sie werden still, ängstlich, gedrückt, mißtrauisch, unruhig, präokkupiert, grüblerisch, zuweilen bestehen kurze Zeit vage Körperschmerzen. In anderen Fällen bilden ein mystisches, geheimnisvolles, verzücktes Wesen, reizbare Erregbarkeit die Prodromalerscheinungen. Der Patient fühlt sich „wunderbar wohl“, hat ein „ahnungsvolles“ Gefühl.

Vereinzelt zieht sich das Prodromalstadium vagen körperlichen und seelischen Mißbehagens lange hin, Schlaflosigkeit, neurasthenische Beschwerden können lange vorausgehen.

Der Ausbruch der eigentlichen Krankheit erfolgt in der Regel in akuter Weise, nicht selten so, daß zunächst die Krankheitserscheinungen nur bei Nacht auftreten, während bei Tage die Kranken sich noch beherrschen können.

Der weitere Verlauf gestaltet sich dann in verschiedenen Formen: entweder es treten Wahnvorstellungen auf ohne Verwirrtheit in zusammenhängender systematisierter Form, beruhend auf Umdeutung oder Kombination, resp. Beziehungswahn. Diese Wahnideen beherrschen dann das ganze folgende Krankheitsbild. Halluzinationen fehlen ganz oder sind doch nur andeutungsweise vorhanden, während Illusionen zahlreich sind. Die Stimmung entspricht in diesen Fällen den Wahnvorstellungen oder sie ist indifferent, gelegentlich ängstlich, deprimiert oder erregt gehoben (Paranoia acuta simplex).

In anderen Fällen, die als Paranoia acuta hallucinatoria bezeichnet werden können, sind von vornherein schon viele Sinnestäuschungen und lebhafte Wahnbildung, starke Affekte, Erregung und Störungen im Ablauf und Zusammenhang der Vorstellungen vorhanden, und der Kranke erscheint in höherem oder geringerem Grade phantastisch oder halluzinatorisch verwirrt, resp. benommen. Der Verlauf ist desto stürmischer, je stärker die Sinnestäuschungen und die Verwirrtheit sind, doch pflegt dieses stürmische Anfangsstadium selten lang zu dauern, vielmehr tritt meist schon nach relativ kurzer Zeit die Ruhe wieder ein, entweder dauernd oder vorübergehend als Remission.

Die Halluzinationen können den Charakter des Möglichen, des Realen tragen, anknüpfend an tatsächliche Vorgänge. Sie sind dann vorzugsweise Gehörstäuschungen, untermischt mit Illusionen. Der Patient hört seine Verfolger, wie sie ihn bedrohen, beschimpfen, über ihn komplottieren, zu Gericht sitzen, sich gegenseitig Signale zurufen, sich bei seiner Beobachtung verständigen. Das bei Alkoholhalluzinationen häufige Symptom, daß der Kranke den Gehörstäuschungen als Zuhörer beiwohnt, ist nicht selten vorhanden, die Gehörstäuschungen hängen dann inhaltlich unter sich logisch zusammen. Gesichtstäuschungen können dabei vorhanden sein oder fehlen. Trotz Reichhaltigkeit der Halluzinationen kommt es in diesen Fällen nicht zur Verwirrtheit. Verwirrtheit vorübergehend oder für längere Zeit zeigt sich dann, wenn die Sinnestäuschungen von vornherein massenhaft in allen Sinnesgebieten auftreten, einen flüchtigen, phantastischen, irrealen, übersinnlich-mystischen Charakter tragen.

Sie wechseln inhaltlich, haben keine Beziehung untereinander, sind unter Umständen unsinnig, barock, sich gegenseitig widersprechend.

Es läßt sich oft gar nicht unterscheiden, ob der Kranke wirklich Sinnestäuschungen hat, oder ob es sich nur um Einfälle, Eingebungen, momentane Wahnideen durch phantastische Auffassung und Umdeutung der Umgebung, um Illusionen oder um Phantasien handelt.

Nur von wenigen — den nicht oder wenig Verwirrten — ist nachträglich Genaueres über Inhalt und Art der Sinnestäuschungen zu erfahren, oft genug werden sie ganz bestritten — „es war eine Eingebung, es kam mir so in den Kopf, mein Inneres sagte es mir — Stimmen habe ich nicht gehört“.

Die Umdeutungen realer Vorgänge spielen eine große Rolle. Lieder, Worte, Annoncen, Bruchstücke von Drucksachen, Wagenrollen, das Fliegen der Raben, das Husten der Umgebung, das zufällige Zusammentreffen mit denselben Personen, mit Radfahrern — alle solche gleichgültigen Zufälligkeiten werden als etwas Besonderes auf die eigene Person bezogen, umgedeutet, durch Zusätze und Erinnerungsfälschungen ausgebaut, mit der Wirklichkeit identifiziert. Die Umdeutungen bilden neben den Halluzinationen eine besonders häufige Ursache der Wahnbildung, die aber noch auf manche andere Art zustande kommt.

Träume und Ahnungen spielen dabei eine große Rolle, auf ihnen werden ohne Kritik komplizierte kohärente Wahnideen aufgebaut, welche dann plötzlich das Bewußtsein vollständig beherrschen. Was der Kranke sich denkt, was ihm einfällt, erscheint ihm als reale Wirklichkeit, als erlebt, er baut darauf weitere wahnhafte Schlüsse oder er spricht von „Eingebungen“, von „Offenbarungen“ nicht gehörten oder erlebten, sondern „gefühlten“. — Oder die Ideen tauchen primär auf ohne Beziehungen zum sonstigen Bewußtseinsinhalt, oder zur Außenwelt und zum wirklich Erlebten. Auch aus einer krankhaften Stimmung heraus, aus einer ekstatischen Gehobenheit, aus einer Begeisterung, aus einem „inneren Impuls“ einer Art psychischen Rauschgefühls heraus können Wahnideen vorzugsweise expansiver Natur entstehen, oder aber Verfolgungsideen aus einem primären Angstgefühl.

Die Verwirrtheit und die damit in Verbindung stehende Affektstörung und motorische Beeinflussung ist entweder nur im Anfang vorhanden, um nach kurzer Zeit einem Zustande von Besonnenheit Platz zu machen, oder aber sie tritt im Verlaufe der Krankheit interkurrent in meist kurzen Anfällen auf.

Sowie die Beruhigung eintritt, und die Besonnenheit sich wieder herstellt, zuweilen schon innerhalb der Verwirrtheit läßt sich konstatieren, daß der Kranke ein zusammenhängendes Wahngebäude produziert, festhält und unter Umständen ausbaut.

Der Inhalt dieses Wahnsystems ist außerordentlich verschieden, und der Ausbau das eine Mal ein bis ins Feinste detaillierter, während in anderen Fällen das Wahngebäude weit dürftiger und lockerer fundamentiert ist — niemals aber handelt es sich um nur einzelne flüchtige wechselnde Ideen, sondern stets um ein in sich geschlossenes, stationäres Wahngebäude, das einige Zeit festgehalten wird. In den Fällen wesentlich nicht halluzinatorischer Paranoia ohne oder mit nur geringer Verwirrtheit ist das Wahnsystem absolut dem der chronischen Paranoia analog in Form und Inhalt, wie es dort geschildert ist.

Wo es sich wesentlich um Wahnideen und Sinnestäuschungen religiös-mystischen Inhaltes handelt, da gestaltet sich auch das Wahnsystem sehr phantastisch. Der Kranke fühlt sich von Geistern, übersinnlichen Einflüssen, von Teufeln, Hexen, Spuk umgeben, Gott schickt ihm eine geheimnisvolle Prüfung, um ihn nachher zu begnaden, die Geister wechseln fortwährend ihre Gestalt, sind in und außer ihm wirksam, es wird mit Zauberspiegeln, Einblasen, Blitzen und Funken gearbeitet, gute und böse Geister ringen um ihn.

Diese Wahnideen beherrschen während des größten Teils der Erkrankung das Bild völlig. Während das Benehmen des Kranken, sein Tun und Lassen und seine äußere Haltung bei Fehlen der Erregung ein im ganzen ruhiges und geordnetes, oder aber reaktiv-sekundäres ist, analog der Stimmung, in den Fällen, wo eine Verwirrtheit nicht vorhanden ist, pflegt das anders zu sein bei bestehender Inkohärenz.

Hier kommt es einerseits zu starken Affekten wechselnder Natur, andererseits zu ausgesprochenen motorischen Reiz- und Hemmungserscheinungen, Wesen, Haltung und Benehmen der Kranken sind schwer verändert.

Die Orientierung und Auffassung ist mehr oder weniger gestört — selten sehr erheblich — der Kranke ist lebhaft erregt, schwätzt, lacht, pfeift, kommandiert, ist ideenflüchtig, macht Reime und Verse, seine Stimmung ist ausgelassen, heiter, gehoben oder abwechselnd damit reizbar, deprimiert, ängstlich, mißtrauisch. Starke Ekstasen werden beobachtet. Lebhafter Bewegungsdrang führt zu Lärmen, Trommeln, Zerstören, Zerreißen, Entkleiden, zu ununterbrochen wiederholten gleichen Bewegungen, man beobachtet Grimassieren, körperliche Unruhe, Bewegungsstereotypie, sprachliche Ueberstürzung, Verbigeration bis zu sinnlosem Wortsalat. Oder aber der Kranke ist gehemmt, bewegungslos, stumm, zeigt ein blindes Widerstreben oder kataleptisches Verhalten. Er ist unreinlich, läßt sich füttern.

Oder ganz plötzliche motorische Ausbrüche wechseln mit Unbeweglichkeit — in der Regel auf Grund von Halluzinationen oder Wahnideen, wie die Katamnese ergibt.

Die bis zur Tobsucht gesteigerten Erregungszustände und die Stuporzustände können sich wiederholen, unterbrochen durch Remission völliger oder halber Ruhe und Klarheit, wie denn überhaupt der Verlauf einige Zeitlang ein ausgesprochen remittierender und exazerbierender sein kann. Immerhin sind diese Exazerbationen mit Erregung und Verwirrtheit meist nur von kurzer Dauer, mögen sie nun das Bild einleiten oder aber interkurrent auftreten. Es handelt sich meist nur um Tage, selten um Wochen; sie pflegen, sofern sie sich wiederholen, allmählich kürzer und schwächer zu werden und dann zu verschwinden. Manchmal ist das Benehmen der Kranken in diesen Erregungszuständen ein auffallend läppisches und kindisches und macht einen geradezu schwachsinnigen Eindruck. Sie lachen blöde, machen allerlei Dummheiten, putzen sich bizarr heraus, necken die anderen Kranken usw. Dieser Zustand ist aber ein lediglich vorübergehender. Gelegentlich folgt der Erregung ein Zustand geistiger Erschöpfung und Apathie oder ein Depressionszustand, resp. ein Zustand psychischer Reizbarkeit.

Die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist eine außerordentlich verschiedene. Sie kann sehr summarisch resp. lückenhaft, aber auch sehr vollständig sein — im allgemeinen wird das am besten erinnert, was als Realität oder Einbildung (Wahn,

Sinnestäuschung) die „stärkste Bewußtseinsintensität" hatte; die Stärke der Amnesie entspricht in der Regel der Höhe der primären Verwirrtheit.

Die Heilung erfolgt meist allmählich, selten plötzlich nach verschieden langer Zeit. Die zunächst noch mit unerschütterlicher Ueberzeugung festgehaltenen Wahnideen verblassen, der Kranke beginnt allmählich an ihrer Realität zu zweifeln, es stellt sich zunächst das Gefühl, dann die Erkenntnis einer überstandenen geistigen Störung ein, die Ideen werden zunächst partiell, dann völlig korrigiert und mit der vollständigen Krankheitseinsicht und Objektivität ist die Heilung erreicht, der Kranke ist genesen. In vielen Fällen geht die Genesung mit einer erheblichen Gewichtszunahme einher. Ganz besonders ist sie vorhanden in denjenigen Fällen, wo eine Unterernährung, eine starke körperliche oder seelische Erschöpfung als wesentlicher ursächlicher Faktor der Krankheit angesehen werden darf. Diese Gewichtszunahme ist öfters eine rapide, sehr erhebliche (bis 20 Pfund). Sie fehlt in anderen Fällen.

Die Dauer der Erkrankung ist eine verschiedene. Im Durchschnitt geht sie nicht über 3 Monate hinaus, sie kann aber wohl auch viel kürzer dauern und ausnahmsweise sich über einen viel längeren Zeitraum ausdehnen. Im ganzen ist die akute Paranoia eine kurz dauernde Erkrankung von sehr typischem Verlauf. In einzelnen Fällen klärten sich die Wahnideen erst nach der Rückkehr in die Häuslichkeit ab, es blieb noch eine gewisse Unbeständigkeit der geistigen Leistungen einige Zeit bestehen, dann verschwanden auch diese Symptome.

In einzelnen Fällen, die man „periodische Paranoia" nennt, kommt es zu einer periodischen Wiederholung der Anfälle. Der systematisierte Wahn bleibt mehrere Wochen bestehen, dann tritt in wenigen Tagen Klarheit ein. Einmal sind in einem Zeitraum von 12 Jahren 11 mal Anfälle von Verfolgungswahn beobachtet (Mönkemöller).

Als „milde Paranoiaformen" sind Fälle beschrieben (Friedmann), wo die Wahnbildung sich aus den Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit ableitete. Es sind krankhaft disponierte Persönlichkeiten, bei welchen es unter einer gemütserregenden Einwirkung zur Bildung von Wahnideen oder eines Wahnsystems kommt.

Nach längerem Bestehen (2—3 Jahre) tritt eine völlige Rückbildung der Wahnideen ein.

Hierher rechnen auch wohl die von anderer Seite (Gaupp) als abortive Paranoia beschriebenen Fälle. Auch hier soll die Wahnbildung auf eigenartiger depressiv-paranoischer Veranlagung, auf dem Boden eines ängstlich mißtrauischen Affektes zustande kommen. Rückbildung der Wahnideen soll hier selten sein.

Prognose.

Bei der Prognose ist zu beachten, daß die akute Verrücktheit oft eine bloße **Teilerscheinung, ein Zustandsbild anderer Psychosenformen** (Epilepsie, Hysterie, Paralyse, Dementia senilis) oder im Rahmen der chronischen Paranoia darstellen kann. Im Verlauf der chronischen Paranoia kommen Exazerbationen, „Schübe" mit lebhaften

Halluzinationen, Verwirrtheit und Erregung vor, welche dem Bilde der akuten Paranoia ganz ähnlich sehen.

Die Prognose wird diese Erkrankungen zu berücksichtigen haben. Die Prognose der **seltenen** idiopathischen akuten Paranoia ist eine günstige. Günstig sind sehr schneller Beginn, rasche Entwicklung bis zur Höhe, keine weitgehende anhaltende Trübung des Bewußtseins, langsame stetige Rückbildung. Die Vorhersage wird nur getrübt durch interkurrente Erkrankungen, welche sich die Kranken infolge von Verletzungen, Selbstverstümmelungen während der Erregung zuziehen können z. B. Phlegmone, Erysipelas.

Ueber die Prognose der akuten Paranoia auf alkoholischer Basis vgl. Kap. Alkoholismus.

Der akute, in der Laktation entstehende Eifersuchtswahn hat eine günstige Prognose.

Ob sich die Erkrankung periodisch wiederholen wird, ist von vornherein schwer zu sagen. Die periodische Wiederkehr ist an und für sich ein äußerst seltenes Vorkommnis.

Differentialdiagnose.

Für die Diagnose der akuten Paranoia wird man gut tun, besonders wirkende ätiologische Faktoren auszuschließen. Liegen Intoxikationen, Puerperium, schweres Trauma, Erschöpfungszustände vor, dann ist zunächst an Amentia, beim Alkoholismus an akute Halluzinose zu denken.

Die Trennung von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit wird Schwierigkeiten machen. Es gibt sicher Fälle, welche den Uebergang zwischen beiden Erkrankungen darstellen.

Für die Zurechnung zur akuten Paranoia wird entscheidend sein die Gruppierung der Wahnvorstellungen zu einem System und das Fehlen der anhaltenden traumhaften Verwirrtheit. Sie erreicht nicht die Stärke der traumhaften Verworrenheit wie bei Amentia, die Orientierung ist meist erhalten.

Schwere anhaltende stupuröse und katatonische Symptome, namentlich im Beginn, werden stets den Verdacht auf Katatonie erwecken müssen.

Die Abgrenzung gegen das manisch-depressive Irresein wird sich schwierig gestalten können. Das Fehlen der der Manie und Melancholie eigenen affektiven Störungen, welche im Vordergrund dieser Krankheitsbilder stehen, wird wohl noch am ersten vor Verwechslungen schützen. Auch hier ist der Nachdruck zu legen auf die Bildung des systematisierten Wahns.

Therapie.

Am zweckmäßigsten ist die Entfernung der Kranken vom Hause aus ihrer gewohnten Umgebung. Ist die erste Erregung vorüber, ist für Ablenkung durch Arbeit und Beschäftigung Sorge zu tragen. Da die Kranken meist suggestibel und Einwirkungen des Zuspruchs zugänglich sind, tritt die psychische Behandlung in ihre Rechte.

Zur Beruhigung leisten Bromkalien, Codein oft gute Dienste. Für die Rekonvaleszenz ist Nachkur in einem Bade an der See, im Gebirge zu empfehlen.

Forensische Bedeutung.

Die akute Paranoia wird nicht häufig Veranlassung geben zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit, weil die Erkrankung meist schnell in einer deutlich erkennbaren Weise ausbricht und die davon Befallenen frühzeitig untergebracht werden. Die ängstlich gespannte Stimmung, in welcher sich die Kranken oft im Beginn befinden, die Verwirrtheit und die oft massenhaften Sinnestäuschungen mit Erregung können es natürlich bedingen, daß sie durch plötzliche Gewalttaten für ihre Umgebung gefährlich werden. Für den Gefängnis- oder Strafanstaltsarzt ist wichtig zu wissen, daß die in der Strafhaft ausbrechenden Psychosen nicht selten unter dem Bilde einer akuten Verrücktheit in Erscheinung treten. Bei Unterbrechung der Haft und Verbringung in andere Verhältnisse können sich die Symptome verhältnismäßig schnell zurückbilden.

Literatur.

Die Hauptarbeit aus der letzten Zeit ist Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 3.
v. Bechterew, Ueber die periodische akute Paranoia simplex. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. V, 1899.
Boege, Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych., Bd. 43, H. 1. S. 299.
Bonhoeffer, K., Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., VII. 6. Halle, Marhold, 1907.
Cramer, A., Krankhafte Einbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1902.
Derselbe, Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
Cattani, Zur Differentialdiagndse der Paranoia acuta, von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I.-D., Bern 1896.
Diskussion von Jastrowitz, Jolly, Mendel, Moeli, Neisser zu dem Vortrage von Cramer und Bödecker: Ueber Begrenzung der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, S. 178ff., 488.
Fürstner, Diskussion zu dem Vortrag Köppen, über Paranoia acuta. Neurol. Centralbl Nr. 10, S. 469, 1899.
Friedmann, Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Centralbl., 14. Jahrg., S. 448, 1895 u. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVII, S. 467.
Gallus, Die akute halluzinatorische Paranoia im Greisenalter. I.-D., Jena 1892.
Gannouchkine, Pierre, La paranoia aiguë. Thèse de Moscou 1904 und The Journ. of mental Pathol., Bd. III, S. 78 und Korsakoffsches Journ. f. Neuropathol. u. Psych., H. 5, S. 11.
Gaupp, Ueber paranoische Veranlag. u. abortive Paranoia. Neurol. Centralb., S. 1310, 1909.
Gierlich, Ueber periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen. Arch. f. Psych., Bd. 40, H. 1, S. 19.
Hitzig, Ueber den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.
Hoche, Akutes halluzinatorisches Irresein. Deutsche Klinik.
Kausch, Ein Beitrag zur Kenntnis der period Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 924.
Köppen, Paranoia acuta. Neurol. Centralbl. 18. Jahrg., S. 434, 1899.
Krause, Ueber Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginne u. Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatsschr f. Psych. u. Neurol., Bd. I, H. 5.
Kreuser, Ueber Paranoia. Jur. psych. Grenzfr. Zwangl. Abh., II. Bd., H. 1/2, S. 12, Halle a. S.
Lüdemann, Ueber Entstehung, Ausbildung und Verlauf der Paranoia im allgemeinen, erläutert an einem bestimmten Falle. I.-D., Greifswald 1897.
Meyer, E., Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr. Nr 31, 1902.
Derselbe, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII.
Mönkemöller, Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Zeitschr. f. Psych. 62, S. 538.
Orbison, Thomas J., Acute Paranoia exhibiting cyclical relapses. Amer. Journ. of the med sc. Vol. CXXXII, Nr. 1, July p. 91.
Pilcz, Alexander, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena 1901.
Rosenfeld, M., Ueber Beziehungswahn. Centrbl. f. Nervenheilk. XXX. Jahrg., N. F. Bd. XVIII, S. 121.

Rüdin, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbild. des Wahns u. ohne Korrektur. Allgem Zeitschr. f. Psych., Bd 60, S. 852.
Serbski, Ueber die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVIII, S. 328, 1892.
Smith, Percy, The Presidental Address on Paranoia, delivered at the 63. annual Meeting of the Medico-Psych. Assoc., held in London on July 21 and 22. The Journ. of Mental Science. Sept. Vol. I, p. 607.
Thomsen, Wahnbildung und Paranoia. Med. Klinik, Nr. 35, S. 1329, 1908.
Thoemmes, Eugen, Zwei Fälle von akuter Verrücktheit I.-D., Bonn 1907.
Waelsch, Paranoische Zustände bei Syphilis. Prager med. Wochenschr. Nr. 14, S. 172.
Warnek, W., Beitrag zur prognostischen Beurteilung der Paranoia. I.-D., Kiel 1907.
Westphal. C., Ueber die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., Bd XXXIV, S. 252.
Wille, Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych., Bd. XIX, S. 328.
Weber, Ueber Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
Werner, Die Paranoia. Stuttgart 1891.
Ziehen, Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 112.
Derselbe, Ueber die Affektstörung der „Ergriffenheit“ bei akuten Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.
Derselbe, Zur Lehre von d. psychopathischen Konstitutionen. Char.-Ann., Bd. XXXI, S. 146.

III. Induziertes Irrsein
(folie communiquée).

Fälle, in denen eine gleichartige Geisteskrankheit durch Uebertragung von einer Person auf die andere entsteht, resp. weiter verbreitet wird, werden als induziertes Irresein benannt.

Die psychische Erkrankung der Umgebung muß in der Psychose der ersterkrankten Personen ihre spezifische Ursache gehabt haben.

In der engeren Fassung (Schönfeld) wird sogar verlangt, daß der sekundär Erkrankte auch nach der Trennung ganz unabhängig seine Erkrankung weiter ausbaut.

Von französischer Seite (Lasègue et Falret, Marandon et Montyel) wird der Begriff viel weiter gefaßt.

Dort wird die folie à deux, à trois usw. eingeteilt in

1. la folie simultanée: zwei Disponierte ziehen sich gleichzeitig dasselbe Wahnsystem durch die gleiche Ursache zu;
2. la folie imposée: die Wahnideen werden einem geistig und moralisch schwachen Individuum aufgedrängt;
3. la folie communiquée: ein Geisteskranker überträgt seine Wahnindeen und Halluzinationen auf einen Disponierten.

Der folie communiquée entspricht am meisten das induzierte Irrsein.

Die folie simultanée hat eigentlich mit psychischer Infektion nichts zu tun.

Geisteskrankheiten mit lebhafter äußerer Erregung (folies impressionantes, Pronier) spielen als Gelegenheitsursache bei der Entstehung von Psychosen eine wesentliche Rolle. Die erzeugte Psychose ist aber oft ganz verschieden von der ursprünglichen. So sah ich in einem Falle von Kollapsdelirium bei Pneumonie der älteren Schwester die jüngere Schwester, welche diese pflegte, an einer maniakalischen Exaltation erkranken.

Derartige Fälle rechen nicht zum induzierten Irrsein.

Die hauptsächlichste Psychose, welche auf dem Wege der psychischen Infektion übertragen wird, ist die Paranoia. Häufig ist auch die Infektion mit Hysterie resp. hysterischen Psychosen.

Unter den veranlassenden Momenten spielen **psychopathische Disposition, Blutverwandtschaft** und **geistige Inferiorität** die wesentliche Rolle.

Für das Zustandekommen sind weiter wichtig die **Gleichartigkeit der Charaktere, das enge innige Zusammenleben mit dem primär Erkrankten in großer Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt, der innige geistige Konnex, die Seelenharmonie.**

Es ist leicht erklärlich, daß gerade die Paranoia, am meisten Verfolgungswahn, religiöser Wahn, Querulantenwahnsinn, so leicht übertragen wird. Die Wahnideen sind oft bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, finden Nachahmungen und Anklang. Die Kranken selbst bemühen sich, Anhänger für ihre wahnhafte Ueberzeugung zu gewinnen.

Mehrfach sah ich ganze Familien aus drei bis sechs Mitgliedern an derselben Form der Paranoia erkranken. Die Literatur kennt Wahnsinnsepidemien, wo die Erkrankung durch Uebertragung auf ganze Dörfer und Distrikte sich weiter ausbreitete.

Prognostisch ist in den meisten Fällen der passive Teil, der Zweiterkrankte, günstiger gestellt als der erste.

Die Therapie wird eine möglichst schnelle Trennung der erkrankten Individuen anstreben.

Literatur.

Siehe auch Paranoia chronica.

Literatur bei Wollenberg, Ueber psychische Infektion. Arch. f. Psych., Bd. XX, S. 62 und

bei Schönfeldt, Ueber das induzierte Irresein. Arch. f. Psych., Bd. XXVI, S. 202.

Ast, F., Beitrag zur Kenntnis der induzierten Irreseins. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63, S. 41.

v. Bälz, Ueber Besessenheit und verwandte Zustände. Wien. med. Wochenschr. Nr. 18—22, 1907, S. 873, 926, 980, 1041, 1090.

Bochhorn, Hermann, Beitrag zu dem induzierten Irresein. I.-D., Göttingen 1892.

Cabitto, C., Sulla origine autonoma della pazzia nei casi di cosi della pazzia communicante e sugli stati abnormi di credulità. Giorn. di psich. clin. et tecn. manic. XXXIII, 1—17.

Cambpell, Duncan, Zwillingsirresein und induziertes Irresein. I.-D., Leipzig 1902.

Carrier, G., Contribution à l'étude des folies par contagion. Arch. de Neurol., Bd. XV.

Damaye, Henry, Obsessions zoophobiques et idées de persécution chez deux soeurs. Rev. de Psych., Vol. IX, Nr. 10, p. 411.

Feige, Induziertes Irresein. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1903, 24, S. 852.

Guiard u. Chérambault, de, Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. Arch. de Neurol., S. 289 u. 407.

Hermkes, C., Ueber psychische Infektion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36, S. 1841, 1909.

Hoffmann, Ein Fall von induziertem Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59, S. 569.

Jacobsohn, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1909. Nr. 24, S. 492.

Jess, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D., Kiel 1903.

Kröner, Die Folie à deux. I.-D., Berlin 1890.

Kölpin, Beitrag zur Kenntnis der induzierten Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXXV, H. 2.

Majer, H., Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D., Tübingen 1909.

Meyer, Ernst, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych., Bd. 34, H. 1.

Derselbe, Ueber psychische Infektion (induziertes Irresein). Berl. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1905, S. 669.

Müller, Hans, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. I.-D. Kiel 1904.

Müller, E. Herm., Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschließenden Erörterungen. Psych. neurol. Wochenschr., XI. Jahrg., Nr. 12, S. 105.

Raimann, E., Ueber induziertes Irresein. Wien. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 8, S. 186.

Rivari, Una forma singolare di Pazia a due. Arch. di Psich., Vol. XXIX, fasc. III.
Sartorius, Zur Kasuistik des induzierten Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 30, S. 1398.
Sieren, Zur Frage der Induktionspsychose. Eine Epikrise zu den von Dr. Raebiger in Nr. 25 der Wochenschr. mitgeteilten Fällen. D. med. Wochenschr. 1909, Nr. 51, S. 2258.
Sklarek u. Vleuten, Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, S. 690
Varnbeck, G., Induziertes Irresein. Gyógyászat Nr. 35, 1908.
Westphal, A., Ueber psychische Infektion. Charité-Annal., 20. Jahrg., S. 664.
Witte, Ein Fall von induziertem Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, S. 36.

Delirien.

Delirien bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien. Deferveszenz-, Kollaps-, Inanitionsdelirien.

Mit diesen verschiedenen Bezeichnungen (Name Delirium abgeleitet von λῆρος, leeres Geschwätz oder de lira decedere oder delirare, vom rechten Wege abweichen) werden die im engen zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten auftretenden akut ausbrechenden psychischen Störungen benannt, welche die Erkrankung in den verschiedenen Stadien begleiten können.

Es gibt keine einheitliche von den übrigen Psychosen durch besonders charakteristische Merkmale abzugrenzende Infektionspsychose.

Je nachdem man dem einen oder anderen Symptom beim Zustandekommen der Psychose einen besonderen Einfluß vindizierte, z. B. der Infektion, dem Fieber, der Erschöpfung, Inanition, dem Kollaps, ließ man sich dazu verleiten, in diesem Moment das Wesentliche zu sehen, welches der Psychose einen einheitlichen Charakter verleihen sollte. So sind eine Reihe der verschiedenartigsten Bezeichnungen entstanden: Fieber-, Infektions-, Initial, Kollapsdelirien, infektiöse Schwächezustände, Erschöpfungsstupor, Erschöpfungsamentia usw.

Alle diese Bezeichnungen bringen nur einen rein äußerlichen oder zeitlichen Zusammenhang zum Ausdruck, geben in keiner Weise der Psychose den Charakter einer Entität.

Eine Uebersicht über alle hier in Betracht kommenden Psychosen führt uns zu einer überraschenden Gleichförmigkeit der psychischen Bilder, vielmehr als man früher gewohnt war, anzunehmen. Als Haupttypus tritt uns entgegen die akute halluzinatorische Verwirrtheit, die Amentia.

Für unsere Besprechung ist es zweckmäßig, zwei Krankheitsphasen zu unterscheiden, an die sich der Ausbruch der psychischen Störungen anknüpft: die Zeit des Infektionsfiebers und der beginnenden Infektion und der Zeitpunkt des Fieberabfalls.

Die im Beginn vorhandenen Störungen bilden Fieber-, In-

kubations-, Initial- oder Infektionsdelirien. Im Stadium decrementi und in der Rekonvaleszenz treten die Deferveszenz-, Kollaps- oder Inanitionsdelirien in Erscheinung. Außer den eigentlichen Delirien kommen im Gefolge von Infektionskrankheiten die verschiedenartigsten anderweitigen Psychosen zur Beobachtung.

Schon dem Altertum (HIPPOKRATES) sind Delirien im Gefolge von erhöhter Temperatur bekannt. Bei gelegentlichen Influenzaepidemien im 16. und 18. Jahrhundert wurden ausgesprochene psychische Störungen beschrieben, später auch beim Wechselfieber (SYDENHAM, SEBASTIAN). ESQUIROL wies zuerst auf den ursprünglichen Zusammenhang zwischen akuten fieberhaften Krankheiten und Psychosen im allgemeinen hin. BAILLARGERS Meinung, daß die Psychosen bei diesen Erkrankungen nur Komplikationen wären, wurde widerlegt durch spätere Untersuchungen von SCHLAGER (bei Ileotyphus), H. WEBER (1865) über das Delirium oder die akute Geistesstörung während des Abfalles akuter Erkrankungen, MUGNIER (1865), SIMON (1874) (Psychosen bei akutem Gelenkrheumatismus) u. a.

Aetiologie. Häufigkeit. Entstehung.

Besonders häufig werden geistige Störungen beobachtet bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus, hier oft in Kombination mit **Chorea** und **Endokarditis, Influenza,** aber auch bei jeder anderen Infektionskrankheit treten sie in Erscheinung: so bei Pneumonie, Pleuritis, Phthisis pulmonum, Malaria, Pocken, Rubeolen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipelas, Pertussis, Parotitis epidemica, Meningitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhöe, Ergotinismus, Skorbut, Pellagra, Beriberi.

1,6 %—2 % aller Geistesstörungen verdanken ihre Entstehung den akuten Infektionskrankheiten, **das größte Kontingent liefert der Abdominaltyphus,** bei Typhusepidemien ist in 4,5 % Geistesstörung beobachtet. Beim Zustandekommen der Delirien wirken die mannigfachsten Umstände mit, die in der Eigenartigkeit des Verlaufes und der Erkrankung selbst, sowie in der Individualität des Befallenen begründet sind.

Am wenigsten hat wohl die Schwere der Affektion mit dem Ausbruch der Psychose zu tun: wir sehen bei geringem Fieber schwere Delirien, auf der anderen Seite sehr ernste Erkrankungen mit hohem Fieber ohne eine Spur psychischer Störung verlaufen. Höhe des Fiebers und Intensität der psychischen Störungen gehen keineswegs Hand in Hand.

Beim Typhus fallen schwere cerebrale Störungen nicht selten mit niedrigen Temperaturen zusammen. Bei vollkommener Fieberlosigkeit während des Typhus brechen oft die schwersten Delirien aus, um mit Einsetzen des Fiebers wieder zu enden.

Jäher Wechsel in der Temperatur, in der Pulsfrequenz, Zirkulationsstörungen sind oft wesentlich beim Zustandekommen des Kollapsdeliriums.

Die toxische Wirkung der Infektionsstoffe, resp. der Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluß auf das Blut, Gehirn, den gesamten Stoffwechsel bleiben, erscheint bedeutungsvoll. Dabei sind Temperaturerhöhung und Delirium als koordinierte Folgen der Infektion anzusehen.

Eine angenommene Idiosynkrasie der Hirnrinde gegen Toxine mancher Erkrankungen dürfte schwerlich geeignet sein, Aufklärung zu geben.

Alle diese angeführten Momente, soweit sie Geltung haben, werden keine endgültige Erklärung dafür geben können, warum das Nervensystem in einem Falle mit einer Psychose antwortet, im anderen Falle unter den gleichen äußeren Bedingungen, soweit diese zu kontrollieren sind, nicht.

Um das verständlich zu machen, rekurrieren wir auf die durch Prädisposition und Heredität gesetzte Individualität.

Jüngere Menschen, Frauen, nervös Veranlagte neigen mehr zum Ausbruch von Psychosen bei Infektionskrankheiten.

Frauen werden im ganzen häufiger ergriffen als Männer, bei einzelnen Erkrankungen, z. B. Influenza, ist ein Ueberwiegen des männlichen Geschlechts hervorzuheben. Jeweilige Schwere der Epidemie, örtliche Verhältnisse spielen dabei eine große Rolle.

Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahr, jedoch gelangen auch im Greisenalter und im ganz jugendlichen Alter (2 bis 3 Jahre) Delirien und anderweitige psychische Störungen nach Infektionskrankheiten zur Beobachtung.

Einzelne Autoren wollen in $^1/_2$ bis $^3/_4$ der Fälle eine ererbte oder erworbene psychische Disposition gefunden haben, sei es nun eine neuropathische Konstitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Exzesse, Vergiftungen, Ueberanstrengungen, psychischer Shock, erschöpfende Krankheiten.

Ich konnte in 20 % Erblichkeit konstatieren. Es sind das aber alles Momente, deren Auftreten kein konstantes ist. In vielen Fällen können wir eine Reihe von Ursachen anschuldigen, in anderen gibt uns selbst die genaueste Anamnese keine Anhaltspunkte, um das Zustandekommen der Psychose zu erklären. Wir werden nach unseren bisherigen Erfahrungen **in den Infektionskrankheiten veranlassende Momente sehen, die schon als solche oder unter Umständen auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung ihre Wirkung in Form von Psychosen oder Delirien äußern können.**

In dem gleichen Stadium treten annähernd die gleichen Formen in Erscheinung. Die im Beginn auftretenden Störungen, die Inkubations-, Fieber- und Initialdelirien zeichnen sich durch eine gewisse Flüchtigkeit der Symptome aus bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender systematisierter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien. Im späteren Verlauf der Erkrankung, bei den Kollapsdelirien haben die Symptome schon etwas Beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen, wie Melancholie, Manie, der akuten Verwirrtheit, der Katatonie begegnen. Ueberall kommen fließende Uebergänge vor.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Die Fieberdelirien gehen mit den Initial-, Inkubations- und Infektionsdelirien so Hand in Hand, daß eine Trennung ausgeschlossen ist, es sei denn, daß man die Be-

zeichnung Fieberdelirien für die Störungen wählen will, welche mit dem Fieber einsetzen und nach Ablauf des Fiebers schwinden.

In anderen Fällen leiten die Delirien die Erkrankung ein, verschwinden bei Ausbruch resp. Manifestwerden der für die Infektionskrankheit charakteristischen Symptome. So sah ich einige Male schwere Verwirrtheitszustände mit suicidalem Trieb (Sprung ins Wasser) als einleitende Phase eines Typhus abdominalis (Inkubations- oder Initialdelirien).

Typhus abdominalis und akuter Gelenkrheumatismus sind als die Infektionskrankheiten anzusehen, welche mit den heftigsten und stürmischsten Delirien im Beginn oder während des Fiebers einhergehen, daß sogar von einem Cerebrorheumatismus, Cerebrotyphus, einer Typhomanie gesprochen wird.

Die Initialdelirien können ohne Fieber verlaufen, oder die Fieberpsychosen können schon im Initialstadium beginnen. Es wird nicht ganz leicht sein, immer zu entscheiden, ob dem Ausbruch des initialen Deliriums nicht schon eine Temperatursteigerung vorausgegangen ist, da der Schluß auf Fehlen des Fiebers immer erst gemacht wird, wenn der Fall zunächst wegen seiner psychischen Störungen in Beobachtung gelangt zu einer Zeit, wo der erste Fieberanfall schon abgeklungen sein kann. Ist es doch nicht selten bei Beginn der Infektionskrankheiten, namentlich des Typhus, der akuten Exantheme, des Gelenkrheumatismus, daß das Fieber nach einer ersten plötzlichen Steigerung für Stunden oder Tage wieder schwindet.

Die **Hauptsymptome des ausgebildeten Fieberdeliriums sind Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen**; dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelten Wahnideen kommen, oder es tritt eine lebhafte motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn und Angstaffekten ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jaktationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen.

Die Sinnestäuschungen haben meist einen beängstigenden Charakter. Im Anfang sind es mehr unbestimmte Geräusche: Donnern, Poltern, Klopfen, Stampfen wie von einer Maschine. Darreichung von Chinin, Natrium salycilicum steigert zuweilen diese belästigenden Geräusche. Es treten ausgesprochene Gehörstäuschungen auf: die Kranken vernehmen Worte, Sätze, hören beschimpfende Aeußerungen, ihren Namen rufen, glauben die Stimme zu erkennen. In der Regel sind Gesichtstäuschungen damit verbunden, anfangs Flimmern, Sternesehen, bunte Kreise, Kugeln, dann richtige Gestalten von Tieren, Menschen, Köpfen, Teufelsgestalten. Viel seltener sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen: üble Gerüche nach Schwefel, Verwesung.

Die Sinnestäuschungen zeichnen sich durch große Plastizität aus. Die Kranken sehen die Gestalten sich verneigen, Gesichterschneiden, hören sie lachen. Die bei Alkoholdelirien häufig zu beachtende, so charakteristische Suggestibilität, besonders auf optisch-taktilem Gebiet fehlt. Ideenflüchtige Reminiszenzen spielen eine Hauptrolle, weniger ist der Inhalt der Sinnestäuschungen wie beim Delirium tremens der gewohnten Alltagsbeschäftigung entnommen. Die Kranken sehen sich teilnehmen an Sitzungen, Versammlungen, Aufläufen, werden einem Verhör unterworfen. Die Situation des Reisens, des Fliegens, des Fallens in einen Abgrund und ähnliches mit dem Gleichgewichtssinn in Zusammenhang Stehendes wird häufig halluziniert.

Mit den lebhaften Täuschungen verbinden sich nicht selten flüchtige Wahnbildungen ängstlichen Charakters. Befürchtung vom Lebendigbegrabenwerden, vor Gericht zu kommen, der Gedanke vom Tod naher Angehöriger schließen sich an Halluzinationen von Grabgesang, Glockenläuten, Schatten. Ganz passager werden diese ängstlichen Vorstellungen abgelöst durch Vorstellungen der Größe, von Erbschaft, Erfindung, Zusammentreffen mit hochgestellten Persönlichkeiten. Bei Kindern, selten bei Erwachsenen, ist der Inhalt der Sinnestäuschungen ein angenehmer: liebliche Musik, Engelsgestalten mit Flügeln, spielende Kinder, mit denen sie sich necken und rufen, schöne Landschaften, Gärten mit Blumen.

Infolge des meist beunruhigenden Inhaltes der Täuschungen sind die Kranken ängstlich, unruhig: mit glänzenden, weitgeöffneten Augen starren sie fest in eine Ecke, horchen, lauschen auf die Stimmen, das Gesicht ist gerötet, die Lippen bewegen sich leise, plötzlich schreien sie auf, schreckhaft fahren sie empor, springen aus dem Bett, suchen zu entweichen, greifen ihre Umgebung an, verletzen diese, fliehen vor dem Rufen und Schreien, suchen aus dem Fenster zu entkommen, bringen sich Verletzungen bei. Mit Mühe ist der heftig zitternde, stark schwitzende Kranke zu beruhigen. Dieser plötzlichen Erregung folgt ein ruhigeres Stadium: ängstlich gespannt liegt der Kranke da, macht nur geringe Bewegungen mit den Händen, sucht auf der Decke, antwortet nicht, stöhnt oft auf. Jetzt geht ein Schütteln durch den ganzen Körper, heftig wirft er sich umher, liegt dann wieder ruhig, um gleich darauf erschreckt aufzufahren.

Die Sprechweise ist abgerissen, hastig, sie schreien oft anhaltend, singen dazwischen in pathetisch-pastoralem Tone. Bei freundlicherem Inhalt der Sinnestäuschungen kommt es auch zu heiterem vergnügten Affekt mit lustigem Lachen, Singen von heiteren Liedern.

In dem Charakter der Delirien liegt es, daß sie flüchtig sind, schnell erscheinen und verschwinden. Ihr Kommen und Gehen geht oft besonders bei Kindern dem Steigen und Fallen der Temperatur parallel. Wie meist die deliranten Symptome, so erfahren auch die Fieberdelirien eine Steigerung gegen Abend und zur Nachtzeit. Die Störungen können sich schnell zurückbilden, kritisch abfallen oder sie klingen langsam ab. In ungünstigen Fällen gehen sie in das agonale Koma über. Hellt sich das Bewußtsein, so ist meist schnelle Krankheitseinsicht vorhanden. Eine unklare Erinnerung an die deliranten Erlebnisse bleibt. Vereinzelt können Wahnvorstellungen eine Zeitlang anhalten, bilden sich dann völlig zurück.

Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie solche von Liebermeister bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist.

Im ersten Stadium keine Störung des Bewußtseins. Ein gewisses unbestimmtes Gefühl von Unruhe, Unbehagen, Bedrüktsein, leichte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Unlust. Der Schlaf ist unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Bei Remissionen oder Verschwinden des Fiebers weichen diese Störungen sofort.

Im zweiten Stadium treten stärkere elementare Störungen des Bewußtseins, der Apperzeption, des Vorstellens ein: Unruhe wechselt mit Apathie ab, die Wahrnehmung verfälscht sich durch Illusionen und Halluzinationen. Diese sind meist füchtig, zeichnen sich selten wie im Delirium tremens durch Plastizität und Lebendigkeit aus.

Auch diese Störungen können sich mit Schwinden des Fiebers schnell zurückbilden.

Stärkere andauernde Benommenheit, resp. Bewußtseinstrübung tritt im dritten Stadium auf. Die Kranken sind schwer besinnlich, schlafsüchtig, liegen mit geöffneten Augen da, sprechen halblaut vor sich hin. Neben den ruhigen mussitierenden Delirien auch furibunde Erregungszustände mit aggressivem Vorgehen gegen ihre Umgebung, Selbstverletzungen, Selbstverstümmelungen, Flucht vor vermeintlichen Verfolgern durch Sprung aus dem Fenster.

Dieses Stadium hält in der Regel mit Nachlassen des Fiebers länger an.

Im vierten Stadium tiefer Sopor, blande mussitierende Delirien, Flockenlesen, zielloses Greifen, oft Coma, Tod.

Nur selten sind diese Stadien derartig abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutlich abzugrenzende Uebergänge.

Dieselben Delirien wie im Beginn können auch im weiteren Verlauf während der Akme auftreten.

Deferveszenz-, Kollaps-, Inanititionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Im Stadium decrementi und während der Rekonvaleszenz sind abgesehen von anderen psychischen Störungen, wie Manie, Melancholie, akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia), die Kollaps-, Deferveszenz- oder Inanitionsdelirien häufig. Wo die Erscheinungeu der chronischen Erschöpfung überwiegen, spricht man von letzteren.

Im Anschluß an den kritischen Temperaturabfall bricht das Kollapsdelirium ganz akut aus, erhebt sich in wenigen Stunden zu seiner Höhe.

Hauptsymptome sind die **traumhafte Verwirrtheit**, zahlreiche unzusammenhängende **Halluzinationen** und **Illusionen**, einzelne **Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang.**

Die Verwirrtheit — in vielen Fällen geben später die Kranken selbst an, daß sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt", man habe sie „verwirrt" gemacht — wird hervorgerufen durch formelle und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellungen, die zum Teil durch massenhafte Illusionen und Halluzinationen, teilweise durch primäre Inkohärenz der Vorstellungen bedingt sein kann.

Meist sind die Auffassungsbehinderung, die Inkohärenz und die Sinnestäuschungen als gleichwertige Symptome primär entstanden infolge der zugrunde liegenden Hirnschädigung anzusehen.

Die Kranken sind im Beginn sehr ängstlich, äußern Selbstanklagen, Versündigungsideen (es ist als ob er Verbrecher war), die Angstzustände gehen mit großer Erregung, lebhaftem Fortdrängen, Verlust der örtlichen und zeitlichen Orientierung einher. Wenn die erste schwere Erregung in Stunden oder Tagen abgeklungen ist, erscheint der Kranke noch verwirrt, spricht delirierend vor sich hin, kann ein ausgesprochen gespanntes, stupuröses Verhalten zeigen. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab.

Zahlreiche Halluzinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Größe: sie sehen Tote, Engel, glauben Gift zu erhalten, blasen Haare fort, die ihnen zufliegen, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloß, sprechen mit dem Kaiser, hören Regimenter schießen, sehen Tiere, Hunde, Pudel, Hasen, hören

Wasser rauschen, spüren ein Sausen, Klingeln. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder. Ungemein stark sind die Störungen des Gemeingefühls: sie haben das Gefühl des Schwindels, des Schwankens, des Drehens (als ob alles „verkehrt“ sei, der Boden schwankte, das Laken, das Bett sich drehte).

Die Kranken haben das dunkle Gefühl, es müsse eine Veränderung sein, alles sei verkehrt, zugleich mit dem Bewußtsein ihrer Krankheit (nicht recht im Kopf, „wirr im Kopf gefühlt“, es gehe durcheinander, die Gedanken verwirren sich, es hat mich „gedrückt“).

Die Sprechweise ist sehr wechselnd: Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell, von Lachen und Weinen abgelöst. Sehr lebhaftes Gebärdenspiel mit Schnüffeln, Fauchen, Blasen begleitet ihr Sprechen. Zuweilen alliterieren sie, sprechen in Reimen, Versen.

Sie haben Neigung zu Klangassoziationen, monotonen oder einzelnen sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht passager oder länger anhaltend auf.

Die Stimmung wechselt sehr jäh, in einem Augenblick sind sie heiter, vergnügt, erotisch; im nächsten zornig, gereizt, dann wieder traurig, ängstlich.

Die Orientierung ist gestört, die Handlungen sind inkohärent. Rededrang, Verbigeration, plötzliches Aufschreien, motorische Erregung wechseln mit Regungslosigkeit und Negativismen. In anderen Fällen ist die Erregung mehr motorisch: Zucken, Zusammenfahren des ganzen Körpers, jaktationsartiges Werfen der Körpermuskulatur, Zittern, rhythmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder mit den Armen, eigentümliche Verdrehungen und Verrenkungen, dämonomanische und ekstatische Stellungen und Haltungen, wie sie im Verlaufe anderweitiger Psychosen beobachtet werden. Heftige, unwillkürliche Bewegungen erinnern zuweilen an Chorea.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus. Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea, Echolalie, Echopraxie, Verbigeration, Anfälle von Rededrang. Die Neigung zu Perseverationen in den Reaktionen ist oft so stark, daß eine durch Haftenbleiben bedingte scheinbar aphasische Störung vorliegt.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewußtseins, es scheint zuweilen, als ob äußere Eindrücke (Besuch der Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später meist die Rekonvaleszenz ein.

Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch verstärkt durch das Auftreten von schweren, nervösen Begleiterscheinungen anderer Art. Hysterische, epileptische Krampfanfälle, ausgelöst durch die Infektionskrankheit, komplizieren die Symptome, ganz abgesehen von den somatischen Anzeichen der einzelnen zugrunde liegenden Erkrankungen. Zuweilen brechen sehr allarmierende Zustände aus, welche den Verdacht auf Meningitis, Sinusthrombose nahelegen.

Die Zitterbewegungen, Unsicherheit, Ataxie der Bewegungen im Verein mit einer deutlichen Artikulationsstörung, welche der paralytischen ähnelt, können Veranlassung geben zu Verwechslungen mit deliriösen Phasen im Verlauf der progressiven Paralyse, so daß manche Autoren bei den Infektionspsychosen mit derartigen schweren, nervösen Erscheinungen von Pseudo-

paralyse, Pseudotabes gesprochen haben. Es erinnern diese Störungen an die von C. Westphal in der Rekonvaleszenz der Pocken beschriebenen Erscheinungen: Störungen der Sprache, der Motilität, Ataxie, Tremor, Verlangsamung der Bewegungen. Anderweitige kortikale Symptome werden beobachtet, vorübergehende Lähmungen einzelner Extremitäten, amnestische Defekte mit Störungen der Vorstellungs- und Begriffsbildung, Agraphie, Aphasie und apraktische Störungen. Es entstehen dann Bilder ähnlich denen, wie sie neuerdings A. Westphal bei traumatischen und Intoxikationspsychosen beschrieben hat.

Die Zahl der Variationen, welche durch die Verschiedenartigkeit und den Wechsel der Symptome bedingt werden, ist eine ungemein große und läßt es verständlich erscheinen, daß immer neue Benennungen für die einzelnen Verlaufsarten gewählt werden. In manchen Fällen ist das Bewußtsein erheblich getrübt, ähnlich wie wir es bei den epileptischen Verwirrtheitszuständen beobachten können. Schwere, sehr affektvolle, meist ängstliche Erregung setzt plötzlich ein mit angstvollem Fortdrängen und Neigung zu Gewalttätigkeiten und motorischer Entladung. Zeitliche und örtliche Orientierung ist verloren gegangen, die Umgebung wird ängstlich bedrohlich, phantastisch, oft in ekstatisch religiösem Sinn verkannt. Sinnestäuschungen, Beeinträchtigungsideen monotoner Art sind zahlreich vorhanden. Der ersten schweren Erregung folgt in der Regel eine mehr stupuröse Phase mit delirierendem Vorsichhinsprechen, Verbigeration und anderen katatonischen Erscheinungen. In anderen Fällen ähnelt der Zustand der Halluzinose oder der akuten Paranoia. Rapid aufgeschossene Wahnideen, die sich oft zu einem System der Beeinträchtigung schließen, Größenideen, bedingt durch Gehörstäuschungen und szenenhafte phantastische Gesichtstäuschungen beherrschen das Krankheitsbild. In noch anderen Fällen stehen im Vordergrund die katatonischen Symptome und die Erscheinungen der Ideenflucht und Inkohärenz. Gelegentlich lassen sich im ganzen Ablauf deutliche Phasen unterscheiden, Prodromalerscheinungen (nervöse Beschwerden), Ausbruch mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen usw. Im dritten Stadium Aufhellung, im vierten mißtrauische Reizbarkeit, allerlei nervöse Beschwerden, im letzten Rekonvaleszenz (Raecke).

Die gesteigerte Ablenkbarkeit, Ideenflucht, der gehobene Affekt verleihen manchmal der Psychose einen manischen Anstrich.

Verlauf.

Die im Fieberabfall entstehenden Psychosen haben im ganzen einen etwas protrahierteren Verlauf als die Initialdelirien. Es gibt zwar Fälle, wo die Störungen in Stunden, Tagen, zum Beispiel bei Kindern nach Masern, Scharlach, abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen auf Wochen, Monate (3 bis 4 Monate) sich erstreckenden Verlauf. Vereinzelt kann die Psychose die ursprüngliche fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern (nach Pneumonie). Die Infektionskrankheit als solche hat auf den Typus der entstehenden Psychose keinen bestimmenden Einfluß. Intensität, Dauer der infektiösen Schädigung, allgemeiner Kräftezustand haben auf den Verlauf Einfluß. Oft sind Beginn und Ablauf sehr plötzlich. In anderen Fällen sehen wir ein langsames Abklingen in Phasen. Das Stadium der Rekonvaleszenz mit allerlei nervösen Beschwerden, das Gefühl der

Denkerschwerung, der herabgesetzten Denkfähigkeit kann sich oft lange hinziehen. Das sind die Fälle, in denen sich leicht das Korsakowsche Symptomenbild entwickelt nach Verschwinden der Erregung. Im Vordergrund steht die eigenartige Gedächtnisstörung, Verlust der Merkfähigkeit, alle neue Eindrücke werden schnell vergessen. Die Rückerinnerung für die jüngste Vergangenheit ist gestört, ebenso die Orientierung. Situationsverkennung gewöhnlich im Sinne einer zeitlich zurückliegenden Situation, Konfabulation helfen dem Kranken über seine Gedächtnislücken fort. Allmählich kann auch in diesen Fällen eine Aufhellung erfolgen, wenn nicht anderweitige Momente, wie Alkoholismus, Arteriosklerose beim Zustandekommen mitgewirkt haben.

Die Erinnerung ist oft nur eine ganz summarische, es verschwinden einzelne wichtige Vorgänge, so die Aenderung des Aufenthaltsortes, das Fortbringen von Hause, die Einwirkung der neuen Umgebung ganz aus dem Gedächtnis. Zuweilen bleibt das Gefühl, eine schwere Kopfkrankheit überstanden zu haben, oder einen schweren Traum, viele Phantasien, große Angst gehabt zu haben. Einzelne bewahren sich gute Erinnerung an ihre Sinnestäuschungen, die Haltungen, Stellungen, welche sie eingenommen haben, wissen eine Erklärung für ihre Sonderbarkeiten zu geben. Zuweilen erstreckt sich die Amnesie noch auf Vorgänge in der gesunden Zeit (retrograde Amnesie).

Delirium acutum.

Eine bedrohliche Steigerung der Bewußtseinstrübung, der Verwirrtheit, der motorischen Erregung mit Fieber, schweren Ernährungsstörungen wird Delirium acutum benannt. Es ist ein Symptomenkomplex, der unter verschiedensten Bedingungen gelegentlich einmal bei jeder Psychose sich bilden kann. Agitation, Verwirrtheit, Inkohärenz erreichen hier ihre höchsten Grade.

Es ist noch eine offene Frage, ob wir zum Zustandekommen dieser schweren Affektion immer eine Infektion oder Intoxikation annehmen müssen.

Zuweilen ist wohl eine Autointoxikation die Ursache: Stoffwechselveränderungen und durch diese entwickelte Toxine.

Ich sah es entstehen im Gefolge einer psychischen Störung bei Hydronephrose, bei Karzinom, bei Anämie nach Blutverlusten, bei Magen-Darmerkrankungen und verschiedentlich, gewissermaßen als Steigerung der Symptome bei Manie, Melancholie, akutem halluzinatorischen Irrsein, bei Wochenbettpsychosen, progressiver Paralyse, bei Hirnerkrankungen, bei Infektions- und Kollapsdelirien.

Aeußerlich sind die Kranken oft sehr erregt, liegen in heftigen Jaktationen mit Zähneknirschen, dazwischen lautes anhaltendes Schreien, Brüllen, Ausstoßen von unzusammenhängenden Aeußerungen. Die Zunge ist trocken, fuliginös belegt, die Lippen rissig, spröde. Im Urin oft Zucker und Eiweiß.

In manchen Fällen sehen wir die Intensität der psychischen Erscheinungen wechseln entsprechend dem Inhalt des Urins an Eiweiß.

In anderen Fällen kommt es zu mussitierenden Delirien. Sie liegen wie im Coma da, fahren bei Anrede, zuweilen spontan, schreckhaft auf, greifen auf der Decke, am Körper umher. Die Be-

wegungen sind zittrig, unsicher, inkoordiniert, Chorea ähnlich. Die ganze Körpermuskulatur ist oft in einem Zustand der Spannung, der Nacken steif, die Arme gebeugt, die Beine angezogen, so daß die Kranken in diesem Verhalten an Meningitis, an Tetanus, an Tetanie erinnern. Die Hände halten sie vor dem Gesicht, als ob sie sich fürchten, etwas abwehren wollten. Im Gesicht treten eigenartige zuckende Bewegungen der Muskulatur auf. Stuhlgang und Urin lassen sie unter sich.

Im Zustand hochgradiger Prostration erfolgt der Tod. Die Temperatur, die während des Lebens schon hoch angestiegen ist, erreicht oft nach dem Tode sehr hohe Grade (bis 43°).

Besonderheiten bei einzelnen Formen.

Bei Malaria bricht ein Delirium selten im ersten Anfall aus, meist, wenn diese chronisch geworden ist. Deliriöse Zustände kommen bei Intermittens gewissermaßen als Aequivalente der Fieberparoxismen vor. Bei Kindern sind vorwiegend comatös stuporöse Zustände. Bei Erwachsenen überwiegen halluzinatorische Erregungszustände und Melancholia agitata.

Bei Malariakachexie treten einfache Melancholie, stuporöse Zustände in Erscheinung.

Unter den Pneumonien gehen die Spitzenpneumonien am häufigsten mit Delirien und anderweitigen Psychosen einher.

Bei vorgeschrittener Phthise habe ich kurze, episodisch auftretende, in Stunden abklingende Erregungszustände unter dem Bilde einer akuten halluzinatorischen Paranoia mit Stupor gesehen. Sonst überwiegen hier, abgesehen von Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie.

Sehr selten sind Delirien bei Pleuritis.

Bei den Pocken ist der Zeitraum zwischen Eruption und Suppurationsstadium der günstigste für den Ausbruch der Delirien.

Im Anschluß an die akuten Exantheme, Masern, Scharlach, nach Erysipel, Diphtherie, Parotitis epidemica, Influenza, Pertussis treten bei Kindern in der Rekonvaleszenz oder beim Abfiebern Kollapsdelirien auf. So sah ich nach Parotitis epidemica und Scharlach mit Nephritis bei einem Knaben von 12 Jahren und einem 10jährigen Mädchen comatös stuporöse Zustände mit halluzinatorischer Verwirrtheit, die nach einigen Wochen in völlige Heilung übergingen.

Bei Scharlach ist die Entwicklung der Psychose direkt im Anschluß an urämische Krampfanfälle beobachtet (Henoch). Bei Diphtherie, Influenza beobachtete ich schlafähnliche Dämmerzustände.

Im Zusammenhang mit Gonorrhoe kommen schwere stuporöse Zustände, Delirien mit meningitischen Erscheinungen vor.

Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra, Beriberi sind melancholische Stuporzustände häufiger als manische und halluzinatorische Erregungszustände. Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra treten schwere spinale Erkrankungen mit nachweisbaren Veränderungen im Rückenmark auf. Charakterveränderungen andauernder Art mit Nachlaß der geistigen Kräfte, stumpfem Wesen werden dabei beobachtet. Bei Pellagra kommt es oft zur Demenz mit kombinierter Hinter-Seitenstrangserkrankung, einem der Paralyse sehr ähnlichen Symptomenkomplex (Tuczeck).

Prognose.

Was zunächst die Dauer anlangt, so sind in den meisten Fällen die Initial-, Inkubations-, Fieber- und Infektionsdelirien von kürzerer Dauer, vorausgesetzt, daß sie nicht Anfangsstadien anderweitiger psychischer Erkrankungen sind oder in chronische infektiöse Schwächezustände übergehen.

Sonst laufen sie in Stunden bis Tagen ab, verschwinden oft schon mit Aufhören des Fiebers.

Länger dauernd sind im großen und ganzen die Kollapsdelirien, schon weil an diese sich häufiger anderweitige Psychosen anschließen.

Gewiß gibt es auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen, z. B. nach Masern, Scharlach abklingt, aber in der Regel sehen wir einen protrahierten, auf Wochen und Monate sich erstreckenden Verlauf.

Vereinzelt kann die Psychose die ursprünglich fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern.

Besonders hartnäckig sind die Störungen im Nachstadium der Pneumonie. Snell berichtet von einem Falle, welcher nach neunjähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist.

Verhältnismäßig schnell endet das Delirium acutum, in der Regel in Tagen bis drei Wochen.

Beim Kollapsdelirium sehen wir eine Dauer von 12 Tagen bis 10 Monaten.

In einem Falle nahm die Erkrankung bei Pneumonie einen sehr langen Zeitraum — sieben Monate — bis zur Genesung in Anspruch. Auch beim Gelenkrheumatismus beobachtete ich 10 Monate bis zur Genesung. Im Durchschnitt sehen wir die günstig ausgehenden Fälle in 3—4 Monaten verlaufen.

Die Vorhersage der Fälle ist sonst abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesamtverfassung des Befallenen.

Besonders schwierig gestaltet sich die Frage, ob ein ausbrechendes Delirium nur als ein schnell abklingendes Begleitdelirium anzusehen ist oder Vorläufererscheinung resp. selbst schon Symptom einer länger dauernden Psychose bildet. In der Regel wird sich dieses erst nach einem längeren Zeitraum der Beobachtung entscheiden lassen.

Auf den Grad der Bewußtseinstrübung ist der allergrößte Wert zu legen. Geht diese so weit, daß der Kranke dauernd nicht mehr zu fixieren ist, ist die Prognose ungünstig.

Handelt es sich um reine Fieberdelirien, schwinden diese mit Aufhören des Fiebers.

Am günstigsten sind entschieden diejenigen Fälle, wo die Fieber- resp. Infektionsdelirien keinen hohen Grad erreichen, sich mit Aufhören des Fiebers in kürzester Zeit, ohne sonstige psychische Störungen zu hinterlassen, zurückbilden.

Es kann vorkommen, daß eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt, resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht (conception délirante isolée).

Man muß darauf gefaßt sein, daß ein einmal ausgebrochenes Fieber- oder Infektionsdelirium schnell einen hohen Grad erreichen kann, wo es zur Ausführung von Selbstbeschädigungen, planlosen Handlungen, Tobsuchtsanfällen mit bedrohlichem Charakter kommt.

Zweimal im Initialdelirium im Beginn eines Typhus habe ich ernste Selbstmordversuche beobachtet. Hüten sollte man sich, aus einem einzelnen Symptom im Beginn eines Deliriums, z. B. dem Flockenlesen, welches in der Regel erst im Endstadium in Erscheinung tritt und hier prognostisch ungünstig anzusehen ist, eine ungünstige Prognose zu stellen. Mehrmals habe ich mussitierende Delirien mit Flockenlesen gleich im Beginn gesehen, bei vollkommen gutem Ausgang.

Sehr ernst ist die Prognose der schweren Initialdelirien bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus (Cerebrorheumatismus, Typhomanie), wo der Tod in wenigen Stunden unter heftigen Erscheinungen mit hoher Temperatursteigerung (41—44 ° C) erfolgen kann.

In der Hälfte der Fälle muß man mit diesem ernsten Ausgang rechnen. Am trübsten gestaltet sich die Prognose beim Delirium acutum, hier liegt fast immer die Befürchtung des letalen Ausganges vor.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex ist dann prognostisch ungünstig anzusehen, wenn er auf dem Boden der Arteriosklerose oder des Alkoholismus entstanden ist.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien der übrigen akuten Infektionskrankheiten, entschieden am günstigsten bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Kollapsdelirien und den anderweitigen Psychosen dieses Stadiums. Hier sind die Delirien im Typhus und Rheumatismus bei Komplikationen des Herzens (Endokarditis mit und ohne Chorea) und der Lunge besonders ernst.

Immer ist bei der Vorhersage zu bedenken, daß es sich in den meisten Fällen um schwere Infektionen des Gesamtorganismus handelt, die durch Erkrankungen des Herzens (Endokarditis usw.), durch plötzlichen Kollaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben sehr ernst gefährden können.

Ein nicht kleiner Teil der Fälle endet durch Selbstmord beim Mangel einer genügenden Beaufsichtigung.

Zuweilen müssen wir auf einen remittierenden Verlauf gefaßt sein, der sich Monate bis zu günstigem Ausgange hinzieht. Schwere meningitische Erscheinungen, namentlich bei Kindern, sind nicht absolut ungünstig anzusehen.

Auch choreatische Störungen, welche im Verlauf des Rheumatismus und gelegentlich einmal bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet werden, trüben die Prognose nicht.

Störungen der Motilität, der Sprache, welche das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig.

Katatonische Symptome, mussitierende Delirien sind nicht ungünstig anzusehen. Diese Annahme wird auch durch die Beobachtungen Göpperts bestätigt, der in der schweren Genickstarreepidemie in Schlesien wiederholt psychische Störungen beobachtete. Er fand in der Rekonvaleszenz häufig Echolalie, Verbigerieren, Unreinlichkeit, Kotessen. Alle derartigen Fälle genasen.

Die bei den Infektionskrankheiten häufigen Komplikationen bringen nicht selten Ueberraschungen. Die psychischen Symptome erschweren die regelrechte Behandlung der Grundkrankheit oft in recht unliebsamer Weise. Der Einfluß der Infektionspsychosen auf das jugendliche in Entwicklung befindliche Gehirn bedingt zuweilen ein Zurückbleiben der psychischen Entwicklung.

Differentialdiagnose.

Ein sicheres Kriterium, um eine Infektionspsychose, besonders im Fieber-, Infektions- und Kollapsdelirium in der Höhe ihrer Entwicklung rein aus den psychischen Symptomen heraus mit Bestimmtheit von den ähnlichen psychischen Störungen, welche nicht auf dem Boden der Intoxikation erwachsen sind, abzugrenzen, gibt es nicht.

Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als den Psychosen bei Infektionskrankheiten nicht zugehörig auszuschließen resp. ihnen zuzuschreiben, sind als verfehlt anzusehen. **Die Diagnose läßt sich einzig und allein nur stellen aus der ganzen Vorgeschichte, aus der ätiologischen Entwicklung.**

Es können natürlich einzelne Begleiterscheinungen den Verdacht erwecken, daß hier eine derartig entstandene Psychose vorliegt, so die Temperatursteigerung oder subnormale Temperaturen, Herzschwäche, aber stichhaltig sind diese gerade so wenig als die psychischen Symptome. Ein einziger sicherer Befund, welcher für die Diagnose der Grundkrankheit bestimmend ist, z. B. die Widalsche Reaktion bei Typhus, wiegt für die Stellung der Diagnose mehr als alle psychischen Symptome.

Fieber- und Kollapsdelirien können leicht verwechselt werden mit Delirium tremens, weil die Erkrankungen äußerlich oft die größte Aehnlichkeit haben können in dem Bewegungsdrang, dem Zittern, dem Schweiß.

Tremor, welcher als Unterscheidungsmerkmal für Delirium tremens von manchen Autoren angegeben wird, spricht absolut nicht gegen ein Kollapsdelirium. Im Gegenteil, man wird oft überrascht durch die große Aehnlichkeit, welche die beiden Erkrankungen gerade in dieser Beziehung haben.

Ich kann auch die Behauptung nicht als richtig anerkennen, daß im epileptischen Dämmerzustand die Ideenflucht fehlen soll, und er sich dadurch unter Umständen von einem Infektionsdelirium unterscheidet. Ideenflucht kommt, wie ich es mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte, bei beiden Erkrankungen in derselben Weise vor.

Auch der Zustand der Bewußtseinstrübung bei den Infektions- und Kollapsdelirien ist nicht ein so charakteristischer, um daraufhin andere Psychosen auszuschließen. Er hat ja manches Eigenartige in dem Traumhaften, in der Benommenheit, Betäubung, in dem oft schnellen Wechsel mit Klarheit, aber das alles sehen wir auch bei anderweitigen Psychosen, die nichts mit Infektion zu tun haben, z. B. bei Psychosen nach Trauma des Gehirns. Unter Umständen erweckt die Kombination der Bewußtseinstrübung mit den geschilderten nervösen Erscheinungen den Verdacht auf eine infektiöse Grundlage.

Die Feststellung des ätiologischen Momentes wird hier die richtige Diagnose stellen lassen.

Von dem akuten halluzinatorischen Irrsein (Amentia) sind die Infektions- und Kollapsdelirien nicht zu trennen.

Die akute Paranoia unterscheidet sich durch die Systematisierung der Wahnvorstellungen.

Der schnelle Ausbruch der Psychose kann nicht ohne weiteres verwendet werden zugunsten des Deliriums, denn dieser erfolgt auch sehr plötzlich bei der Amentia, der Katatonie, der akuten Paranoia.

Bei der Manie, die keinen zu hohen Grad erreicht, wo keine

weitgehende Trübung des Bewußtseins eintritt, läßt sich am ersten der anhaltend heitere Affekt und der ungemein lebhafte Stimmungswechsel von Heiterkeit zu Zornmütigkeit, von Lachen und Weinen differentialdiagnostisch verwerten.

Die Unterscheidung von endogenen katatonischen Zuständen kann sich sehr schwierig gestalten. Zu berücksichtigen ist, daß nicht selten endogene Psychosen durch einen fieberhaften Prozeß, besonders durch Fieberabfall ausgelöst werden können. Die das Infektionsdelirium begleitende Benommenheit, der stärkere Wechsel der Symptome, die interimistisch deliranten Züge im Krankheitsbild mit ihren der Fieberhöhe entsprechenden Tagesschwankungen, die optisch-taktilen Sinnestäuschungen mit Desorientierung sprechen im Zweifelsfalle für eine infektiös entstandene Psychose.

Die psychomotorischen Reizerscheinungen, die kortikalen Symptome sind in derselben Weise zu verwerten. Wenn Nackensteifigkeit, Benommenheit auftreten, kann die Diagnose gegenüber der Meningitis Schwierigkeiten bereiten.

Ideenflucht, gehobene Stimmung können das Bild einer Manie vortäuschen. Schwere Stuporzustände mit begleitenden körperlichen Symptomen lassen zuweilen den Verdacht an Paralyse aufkommen. Das Ergebnis der Lumbalpunktion wird hier von Nutzen sein können.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die Frage, ob es spezifische anatomische Befunde gibt, welche uns das Zustandekommen der Psychosen bei den Infektionskrankheiten erklären können, ist bisher mit einem Nein zu beantworten.

Die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht ausreichend, um in ursächlichem Zusammenhang mit den klinischen Symptomen dergestalt gebracht zu werden, daß sie uns eine vollkommene Erklärung für das Auftreten dieser geben.

Früher legte man großen Wert auf die Anomalien der Blutfülle des Hirns, Hyperämie und Anämie, suchte z. B. die Kollapspsychosen aus einer Anämie des Gehirns zu erklären.

Weiter wurden beschrieben: Trübung der Pia, Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Gehirnödem. Chemische Veränderungen der Hirnsubstanz, veränderter Wasser- und Fettgehalt bei Typhus (Buhl), größerer oder geringerer Wassergehalt des Hirns bei Typhus (Nobiling) wurden angeschuldigt. Man legte dabei auch schon Nachdruck auf Veränderung der Zellen und Nervenfasern (Hoffmann, Emminghaus).

Diese Zellenveränderungen haben in neuerer Zeit ein eingehendes Studium erfahren. Hauptsächlich sind diese Untersuchungen beim Delirium acutum angestellt, weil hier die gesamten klinischen Erscheinungen am ersten den Eindruck einer schweren Infektion machten und Hoffnung erweckten für greifbare anatomische Befunde (E. Meyer).

Als Resultat ergibt sich, daß bei den Fällen, die als Delirium acutum verlaufen, ziemlich regelmäßig akute, meist schwere Zellveränderungen, Hyperämie und Blutungen in der Rinde nachweisbar sind, während die Glia keine stärkere Beteiligung erkennen läßt (akute Encephalomyelitis, Binswanger u. a.). Blutungen im Gehirn und in den Meningen konnte auch ich in einem Falle von Delirium acutum nachweisen.

Die Zellen zeigen Zerfall des Tigroids mit homogener Schwellung und exzentrischer Verlagerung des Kerns. Die intracellulären Fibrillen zerfallen, das extracelluläre Geflecht bleibt erhalten. In schweren, foudroyant verlaufenden Fällen wie beim Delirium acutum findet man die sogenannten schweren Zellveränderungen: die Zelle zerfällt in toto, das ganze Protoplasma wandelt sich in körnchenartige Zerfallsprodukte um. Der Kern wird klein, rund, dunkel. Die Markfasern erleiden nur vereinzelt geringen Schwund. Die Gefäße in der Pia und Rinde sind stark gefüllt, häufig sind Blutungen. In den Gefäßscheiden lagert viel Pigment, die adventitiellen Räume sind gelegentlich mit Plasmazellen gefüllt. Das Endothel ist gewuchert, es finden sich einzelne Stäbchenzellen. Die Glia zeigt fast regelmäßig Kernvermehrung: Zunahme der Trabantherne um die Nervenzellen, Reihenbildung der Gliakerne längs den Gefäßen. Riesenspinnenzellen, die bei Paralyse so häufig sind, fehlen. Nach Alzheimer betrifft die Vermehrung vor allem die „amöboide Glia“. Er versteht darunter Gliazellen, die sich aus dem Verbande fester Gewebszellen losgelöst haben und nach Art der Körnchenzellen wandern.

Bakterienbefunde sind häufig, aber nicht konstant.

Es liegen eine Reihe zuverlässiger, unzweideutiger Beobachtungen vor, so die Untersuchungen von Westphal, Wassermann und Malkhoff, welche bei akutem Gelenkrheumatismus mit Chorea und Psychose aus Blut, Gehirn, Herzklappen Mikroorganismen darstellten. Bei Tieren riefen diese Fieber und multiple Gelenkaffektionen hervor. Auch Cramer und Többen konnte in zwei Fällen von Chorea intravital aus dem Blute einen bakteriellen Befund erheben. In zwei Fällen konnte auch ich einen bakteriellen Befund intravital im Blute konstatieren.

Sander, welcher unter Kontrolle des Ehrlich'schen Instituts seine Untersuchungen anstellen konnte, gelangte zu dem Schluß, daß in einzelnen Fällen von Delirium acutum, in denen meist eine fieberhafte Erkrankung (Angina, Influenza) vorhergegangen ist, eine Allgemeininfektion mit Bakterien, speziell Staphylokokken vorliegt. Die Blutinfektion sei die Hauptsache, die Bakterienherde im Hirn der Ausdruck der Allgemeininfektion.

In zwei Fällen von Delirium acutum bei periodischen Psychosen fand Sander nur sehr geringe Veränderungen gegenüber der mehr idiopathischen Form und bei Infektionskrankheiten ohne psychische Störungen gleiche, nur quantitativ geringere Veränderungen. Binswanger und Berger konnten in ihren Fällen (Influenza mit Varizellen), die akute Degeneration von Fasern, Zellen, Hyperämie usw. zeigten (Encephalomyelitis acuta), nicht sicher Bakterien nachweisen.

Nach Ceni ist die Pellagra eine wahre Infektionskrankheit, hervorgerufen durch Aspergillus fumigatus oder Aspergillus flavescens. Diese dringen mit dem verdorbenen Mais in den Darm, die Sporen gelangen in den Kreislauf, lokalisieren sich in den Meningen, in der Pleura, im Perikardium usw. Aus den Sporen entwickeln sich toxische Substanzen, welche allgemeine Intoxikation und lokale diffuse Entzündungsprozesse bedingen.

Bei Bakterienansiedlungen in der Hirnrinde kann es zur Ausbildung von mikroskopisch kleinen encephalitischen Herden kommen mit Ansammlung von Leukocyten um die benachbarten Gefäße und Austritt ins Gewebe, so daß die Bakterien dann in einem kleinen Leukocytenhaufen zu liegen kommen. Eugen Fraenkel, der systematisch Untersuchungen des Hirns bei Infektionskrankheiten vorgenommen hat, weist auf die große Häufigkeit einer Invasion von

Mikroben ins Gehirn hin: in etwa drei Viertel aller Fälle fand er solche im Hirn.

Göppert ist geneigt in dem mangelhaften Funktionieren der Ventrikelabflüsse und in dem Erschwernis der Zirkulation der Hirnflüssigkeit, die er in einigen Fällen von Genickstarre beobachten konnte, die Ursache bestimmter psychischer Störungen, so der heftigen Angstanfälle zu sehen.

Therapie.

Bei der Behandlung ist dem Grundleiden Rechnung zu tragen.

Die Hauptaufgaben bestehen in Sorge für genügende **Bewachung, guter Ernährung, Bekämpfung der Unruhe, der Schlaflosigkeit.** Wenn irgend möglich, Eisbeutel auf den Kopf.

Das **Fieber** wird durch die üblichen Mittel bekämpft, am besten Laktophenin (0,5 mehrmals), bei Malariadelirien Chinin.

Von der **Hydrotherapie** ist die ausgiebigste Anwendung zu machen in Form von protrahierten warmen Bädern mit kühlen Uebergießungen, kühlen Bädern, Abreibungen, Einpackungen.

Bei letzteren ist größte Vorsicht zu üben, der Zustand des Herzens, der Lunge genau zu berücksichtigen. Auf alle Fälle setze man die Einpackung nicht zu lange fort.

Mit sehr gutem Nutzen wende ich bei heftigen Erregungen mit Sinnestäuschungen und großer Reizbarkeit, aggressivem Verhalten die **vorübergehende Isolierung unter der nötigen Bewachung** an. Es tritt oft schon nach kürzester Zeit ein Zustand der Beruhigung ein, der es gestattet, den Kranken wieder aus der Isolierzelle zu entfernen.

Als Nahrung dienen breiige, flüssige Speisen, bei Nahrungsverweigerung zögere man nicht mit Anwendung der Schlundsonde, mit Nährklistieren.

Die Bewachung sei von vornherein eine besonders sorgfältige, da plötzliche Steigerungen im Fieber, namentlich im Beginn, mit Beschädigungen sehr häufig sind. Eventuell ist der Kranke in ein gepolstertes Kastenbett zu legen. Dem drohenden Kräfteverfall ist vorzubeugen durch Kochsalzinfusionen, die Herztätigkeit durch Alkohol, Kaffee, Kampfer zu heben.

Von Schlafmitteln werden am zweckmäßigsten gereicht Paraldehyd 4—10 g, Amylenhydrat 2—4 g, Veronal 0,25—1,0 g, Isopral 1,0—2,0 g.

Bei meningitischen Erscheinungen wäre unter Umständen an Lumbalpunktion zu denken.

Handelt es sich um Bekämpfung der chronischen Schwächezustände, nachdem die ersten bedrohlichen Erscheinungen vorüber, dann sind die zur Hebung des Kräftezustandes üblichen therapeutischen Maßnahmen, unterstützt von Massage, Elektrizität, Bädern, in Anwendung zu bringen.

Forensische Bedeutung.

So groß, als man annehmen möchte nach dem nicht seltenen Vorkommen dieser Psychosen ist die strafrechtliche Bedeutung nicht. Meist setzt der akute Beginn so stürmische Erscheinungen, daß die Psychose sofort erkannt und für zweckmäßige Unterbringung Sorge getragen wird.

Abzusehen von plötzlichen Selbstmordversuchen, Selbstverstümme-

lungen kommt es nicht selten zu Gewaltakten. Die Fälle gehen oft mit heftiger, raptusartiger Angst einher. In der Literatur sind mehrere derartige Fälle mitgeteilt. Bekannt ist der von Krafft-Ebing beobachtete, wo der Patient am dritten Krankheitstag durch einen Messerstich seinen Sohn tötete.

Die Frage der Entmündigung wird bei den meist kurzdauernden Infektionsdelirien kaum aufgeworfen werden. Die Entmündigung kann nur bei den Formen in Betracht kommen, in denen der Verlauf der Krankheit sich in die Länge zieht. Das gilt auch für die Ehescheidung.

Die Testier- und Verfügungsfähigkeit wird während des Höhestadiums der Erkrankung durchweg aufgehoben.

Bei wechselnder Intensität der Delirien und wechselndem Auftreten dieser können letztwillige Verfügungen unter Umständen getroffen und als rechtsgültig angesehen werden.

Literatur.

Die neueste, umfassende Arbeit mit Literaturangabe ist

Bonhoeffer, K., Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke, 1910.

Adler, Ueber die im Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, S. 740, 1897 (enthält ausführliches Literaturverzeichnis).

Binswanger-Berger, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen.

Braune, K., Protrahierte Delirien bei fieberhaften Erkrankungen. I.-D. Berlin 1907.

Ceni, Gli aspergilli nell' etiologia e nella pathogenesi della pellagra. Riv. sper. di Fren. Fasc. II.

Ceni e Basta, Principi tossici degli aspergilli fumigatus e flavescens e loro rapporti colla pellagra. Riv. sper. di Fren. Fasc. IV.

Cramer, Pathologische Anatomie der Psychosen in Handb. der pathol. Anatomie des Nervensystems.

Cramer und Többen, Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Centralnervensystems. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVIII, H. 6.

Edsall, David, L., Typhoidal insanity in childhood with some notes as to its character and prognosis. The Americ. Journ, of the med. Sc. Vol. CXXIX, Nr. 2, Febr. Nr. 395, p. 327.

Eberling, Influenzapsychosen. I.-D., Berlin 1892.

Fraenkel, Eug., Ueber das Verhalten des Gehirns bei akuten Infektionskrankheiten. Virchows Arch. f. path. Anat., 194. Bd., Beiheft 1908, S. 168.

Frenkel-Heiden, Zur Kenntnis der Psychosen nach Erysipel. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXIII, 1905, Nr. 5, S. 383.

Friedländer, Ueber den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.

Forli, Sulle sindromi nervose postmalariche. Bollettino della Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma. Fasc. I, Anno XXV, Roma 1905.

Finzi, Psicosi pellagrose. Bollettino del Manicomio di Ferrara. Anni XXIX e XXXX. 1901 u. 1902.

Gerhards, P., Ueber psychische Störungen bei Chorea minor. I.-D., Kiel 1904.

Göppert, F., Ueber Genickstarre. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., 4. Bd., S. 165.

Hanel, A., Psychische Störungen bei Lungentuberculose, insbes. bei Phthisis insip. tuberculosa. I.-D., Leipzig 1906.

Hendriks, A., Psychische Untersuchungen bei Typhus. abdom. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, S. 732.

Jansky, Delirium acutum. Klinisky sbornik. XII. 3.

Jesiersky, Ueber transit. Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach. Med. Klin. 1905, Nr. 50, S. 1283.

Herrmann, Ueber die Ursachen und Behandlung der Delirien bei akuten fieberhaften Krankheiten. I.-D., Berlin 1901.

Jolly, Bericht über die Irrenabteilung des Juliusspitals in Würzburg für die Jahre 1870—72. Würzburg 1873.

Jutrosinski, Ueber Influenzapsychosen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 3, 1891 und I.-D., Straßburg 1890.
Klemm, Psychosen in ätiologischem Zusammenhang mit Influenza. I.-D., Marburg 1901.
Klein, Kasuistische Beiträge zu den im Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen. I.-D., Berlin 1890.
Laehr, M., Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra.
Ladame, Des psychoses après l'influenza. Annales méd. psych., 1. Dezbr. 1890.
Lammers, Störungen seitens des Nervensystems als Komplikationen und Nachkrankheiten der akuten infektiösen Exantheme. I.-D., Berlin 1890.
Lapinsky, Zur Kasuistik der polyneuristischen Psychose. Arch. f. Psych., 43. Bd, 3. H.
Marandon de Montyel, Les causses morbides prédisposantes en pathologie mentale. Rev. de Med. 1906, 1, p. 34.
Marie, A., Les aliénés et la tuberculose. Rev. de Med. 1906, 7, p. 543.
Meyer, E., Die pathologische Anatomie der Psychosen. Orth-Festschrift.
Derselbe, Ueber Autointoxikationspsychosen. Arch. f. Psych., Bd. 39, S. 286.
Müller, B. F. C., Ueber psychische Erkrankungen bei akuten fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Straßburg 1881.
Orr, A contribution to the pathology of acute insanity. Brain XLVIII, p. 240.
Picqué, L., Les infections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en méd. ment. De la folie viscérale. Rev. de Psych. expér. Vol. IX, p. 1.
Pfütsch, Ueber Psychosen im Verlauf des Typhus abdominalis. I.-D., Kiel 1903.
Rauschke, Begleitdelirien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, S. 1312, 1905.
Régis, G., Les psychoses des infections aiguës. Arch. de Neurol. Vol. XX, p. 268.
Reif, Ueber Psychosen im Verlauf und im Gefolge des Typhus. I.-D., Würzburg.
Referat Cramers über Intoxikations- und Infektionspsychosen in dem Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie, von 1897 ab.
Rougi, C., De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoide. Ann. médic. psych. 9. S. T. V, 1—2, p. 5, 221.
Scheel, Psychosen im Zusammenhang mit Pneumonie. Med. Klin. Nr. 34, S. 101, 1907.
Schröder, P., Anatomische Befunde bei einigen Fällen von akuten Psychosen. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, S. 203.
Schwade, P., Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten. Psychose nach Angina. I.-D., Kiel 1906.
Siemerling, E., Ueber Psychosen im Zusammenhang mit akuten u. chron. Infektionskranheiten. Deutsche Klinik, 6. Bd. 2, S. 363.
Derselbe, Infektions- u. autotoxische Psychosen. Deutsche med. Wochenschr. 36. Jahrg. 1910, Nr. 48, S. 2255.
Sievert, Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei gonorrhöischer Infektion. I.-D., Kiel 1902.
Schmitz, Geistesstörung nach Influenza. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII.
Tiedermann, Ein Beitrag zur Lehre von Delirien bei Pyämie. I.-D., Kiel 1903.
Wagner von Jauregg, Ueber Psychosen durch Autointoxikation vom Darme aus. Jahrb. f. Psych., 22. Bd., S. 177.
Wahn, Ueber das Auftreten von Psychosen nach Influenza. I.-D., Kiel 1903.
Warnock, Some cases of pellagrous insanity. Journ. of Acad. Sc., Bd. 43, p. 1.
Wescher, Ueber Erkrankungen des Nervensystems im Anschluß an Influenza. I.-D., Bonn 1892.
Weber, On the delir, or acute insanity during the decline of acute diseases.
Weber (Göttingen), Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Sammlung zwangl. Abhandlungen, Bd. III, H. 7.
Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. VII, H. 1.

Amentia.

Akute halluzinatorische Verwirrtheit. Amentia. Akute Verwirrtheit. Akuter Wahnsinn. Akutes halluzinatorisches Irresein. Halluzinose.

Mit diesen Bezeichnungen werden Geistesstörungen benannt, welche ausgezeichnet sind durch das **plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhafte, meist unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stupuröse Hemmung darstellen.** Wahnideen, meist durch Halluzinationen verursacht, auch ohne diese auf dem Boden der Bewußtseinstrübung und Verwirrtheit entstehend, sind wechselnd flüchtig und regellos, werden selten festgehalten und nicht in ein System gebracht.

Aetiologie. Häufigkeit.

Der Heredität kommt beim Zustandekommen der Erkrankung keine wesentliche Bedeutung zu; so fand ich bei dem puerperalen halluzinatorischen Irresein mehr Fälle ohne jede erhebliche Belastung, als mit solcher.

Verschiedentlich läßt sich eine angeborene geistige Schwäche nachweisen.

Die wichtigste Rolle beim Zustandekommen spielen körperliche und seelische Schädigungen, Infektionskrankheiten, Vergiftungen (Alkohol, Morphium, Kokain, Atropin, Blei, Tabak, Arsenik), Gravidität, Puerperium, Laktation, Pubertät, Menstruationsvorgänge, Klimakterium mit den im Organismus vor sich gehenden Umwälzungen. Blutverluste, Erschöpfungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen, Urämie (Karzinose, perniziöse Anämie), von Darmerkrankungen (Autointoxikationen), nach Operationen (Augenoperationen), Trauma, besonders des Gehirns, Haftstrafen, gemütliche Erschütterungen (starker Schreck, schwerer Kummer, Sorgen, unglückliche Ehe, häusliche Zwistigkeiten), geistige Ueberanstrengung sind als auslösende Momente anzusehen.

Bei vielen Fällen wirken mehrere Schädlichkeiten zusammen. In einigen ist eine greifbare äußere Schädlichkeit überhaupt nicht nachzuweisen.

Das überwiegende Vorkommen beim weiblichen Geschlecht erklärt sich aus bestimmten ätiologischen Momenten, wie Gravidität, Puerperium, Laktation, Menstruation. Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 40. Jahre.

Symptome und Verlauf.

Dem eigentlichen Ausbruch geht meist ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus. Klagen über nervöse Beschwerden: Kopfdruck, Kopfweh, Sausen in den Ohren, Schlaflosig-

keit, werden geäußert. Die Stimmung ist leicht gereizt, häufiger Stimmungswechsel fällt der Umgebung auf. Die Lust zur gewohnten Tätigkeit geht verloren. Die Kranken versinken bei der Arbeit in Träumereien, unterbrechen diese unmotiviert, sind scheu, halten sich allein. Zuweilen bemächtigt sich ihrer eine steigende Verstimmung mit dem Gefühl der Unruhe, Angst, Beklemmung. Schreckhafte Träume stören den Schlaf. Der Kranke fühlt sich matt, angegriffen, elend. Der Appetit liegt danieder. Rein äußerlich erwecken sie in dieser Zeit oft den Eindruck des Melancholischen.

In vielen Fällen entwickelt sich die Erkrankung auch ohne besondere Vorboten sehr rapid in wenigen Stunden.

Der eigentliche Ausbruch erfolgt sehr plötzlich. Die ängstliche Stimmung steigert sich: Versündigungsideen werden geäußert. Sie haben unrecht getan, sind nicht fromm gewesen, haben sich versündigt (Erbsünde sitzt im Herzen), sprechen von drohendem Unglück (es kommt ein Krieg) durch ihre Schuld. Infolge dieser ängstlichen Verstimmung kann es zu Selbstverletzungen kommen. Unangenehme Sinnestäuschungen des Geruchs belästigen sie: sie glauben Leichen zu riechen, Blut, welches sie vergossen haben.

Das Essen verweigern sie, weil Gift darin ist.

Aufs Schafott werden sie gebracht, der Teufel holt sie, Hexen, Männer mit langen Bärten bedrohen sie.

In der Folgezeit herrscht die traumhafte Trübung des Bewußtseins vor, die sich in der Verwirrtheit und Unorientiertheit, der Ratlosigkeit, der Regellosigkeit und Zerfahrenheit des Vorstellungslebens kundgibt. Auch das ganze Benehmen und Handeln steht unter dem Einfluß dieser traumhaften Verwirrtheit.

Sehr beachtenswert ist der unaufhörliche Wechsel, oft mit dem Charakter des Gegensätzlichen, in den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. In einem Atem sprechen sie von Häuser kaufen und Leben nehmen, Villa bauen und ins Wasser gehen, von den versammelten Feinden, dem wüsten Schimpfen dieser, gleich darauf wieder hören sie Champagnergläser klingen und lustiges Singen, dann beklagen sie sich über den hohlen Hals, in welchen ein Schlauch gesteckt sei, rufen pathetisch: Hurra die Kaiserin. Ein anderer Kranker schilt auf die Gerüche im Bett, spricht sofort von sich als Gott, dem Mittelpunkt des Weltalls. Schattenbilder sind hinter ihm her, Napoleons Schädel ist bei ihm. „Ich soll dich hinmachen.“ In buntem Wechsel schießen die verschiedensten Empfindungen und Vorstellungen auf, um bald wieder zu verschwinden.

Sehr intensiv sind die Gehörs- und Gesichtstäuschungen aller Art. Sie vernehmen dummes Gequatsch, alles durcheinander, hören Papageien sprechen, Tauben gurren, Löwen brüllen, ihren Namen rufen, die Stimme des Teufels; aus dem Wasserrohr, aus der Wand, aus dem Bett, von draußen ruft es. Gestalten sehen sie schweben, fahren in goldenen Wagen, in Eisenbahn, Schiffen. Häufig erscheinen ihnen die Gestalten Verstorbener, sprechen zu ihnen, rufen, winken.

Störungen des Gemeingefühls sind sehr ausgesprochen. Sie fühlen sich gestorben, chloroformiert, haben das Gefühl von Staub, von giftigem Zeug im Gesicht, spüren Blasen, Wärme, eine kolossale Hitze, ein Brennen am ganzen Körper. Füße und Hände sind umgebogen, sie sind verwandelt, bald dick und dünn, die Füße sind fort, verbrannt, abgehauen.

Sie glauben, alles gehe im Kreise um sie, es sei wie ein Karussell, als wären sie auf einem Schiff oder der Eisenbahn, alles sei auf Walzen. Zuweilen klagen sie direkt über Schwindelgefühl, als ob sie an einem Abhang stehen, wie wenn sie in eine tiefe Grube blicken.

Infolge dieser vielfachen und wechselnden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist die Orientierung weitgehend gestört, geht oft völlig verloren. Die Merkfähigkeit ist sehr beeinträchtigt. Sie haben zwar eine gewisse Aufmerksamkeit auf ihre Umgebung gerichtet, aber sie verkennen diese, fassen sie falsch auf, verwechseln sie: glauben im Schloß, beim Sultan, im Garten zu sein, die Fenstervorhänge erscheinen ihnen als eine Kutsche, sie verwechseln die Personen ihrer Umgebung, belegen diese mit Namen von Verwandten.

Fast anhaltend sind sie in Erregung und Unruhe, gehen aus dem Bett, klammern sich ängstlich an, dann laufen sie plötzlich fort, verstecken sich, springen umher, schlagen Purzelbäume, kriechen unter das Bett, fahren mit den Händen umher, reiben an sich, führen monotone gleichmäßige Bewegungen aus. Dabei sprechen sie oft unaufhörlich (Logorrhoe), flüstern, singen, pfeifen, lachen, schreien abwechselnd. Sehr oft sprechen sie in Alliterationen, reimen, wiederholen die Worte, sprechen Worte nach, die sie hören (Echolalie), bilden eigentümliche Silbenzusammensetzungen, die sie andauernd wiederholen. Oft folgen die Aeußerungen so schnell, unzusammenhängend, daß sie an die ideenflüchtige Sprechweise erinnern, zuweilen mischen sich hinein unverständliche Worte z. B. Blitzeblasch (pseudophasische Verwirrtheit). Durch Fragen sind sie schwer zu fixieren, geben ganz vereinzelt eine zutreffende Antwort, meist stehen ihre Antworten gar nicht im Zusammenhang mit der Frage.

Die Stimmung, welche im Beginn meist eine ängstlich gedrückte ist — nur selten ist heitere Stimmung im Beginn — wechselt später außerordentlich häufig und schnell. Eine gleichbleibende Grundstimmung ist nicht vorhanden. Angstzustände lösen Heiterkeit und freudiges Gehobensein ab, große Reizbarkeit und Zornmütigkeit wechseln mit mürrischem stumpfen, einfach abwehrendem Verhalten.

Häufig sind ekstatische und dämonomanische Stellungen: die Kranken liegen im Bett in Kruzifixstellung oder die Arme wie zum Gebet erhoben, knieen mit gesenktem Kopf, stehen mit ausgebreiteten Armen, offenen oder geschlossenen Augen. Ihre Sprechweise nimmt einen theatralisch-pathetischen Ton an, sie sprechen vom Ertragen des Schmerzes, dem Unrecht, was sie getan, dazwischen singen sie in getragener Melodie vom Schloß, Königinnen, dann deklamieren sie, fauchen und brüllen plötzlich wie ein Tier, um gleich darauf zu tanzen in sonderbaren Verrenkungen.

Diese ekstatischen Anfälle können stunden-, tagelang andauern.

Sie wechseln mit ausgesprochenen Stuporzuständen und anderweitigen katatonischen Erscheinungen: Flexibilitas cerea, stereotype Haltungen und Bewegungen, Mutismus, Negativismus. Aus der stärksten Erregung heraus plötzlich, zuweilen allmählich, versinken die Kranken in einen Zustand der Bewegungs- und Regungslosigkeit. Herrscht diese vor, so scheinen, rein äußerlich betrachtet, manche Kranke wie im Schlaf zu liegen. Gewöhnlich verraten sie aber durch das Starre, Steife, Unbequeme ihrer Stellung, daß ihre Muskeln sich in einem Spannungszustande befinden. Sie haben den Kopf steif von der Bettdecke abgehoben, eine Hand, einen Arm emporgestreckt.

Das Gesicht verrät durch den Ausdruck des Ekels, des Abscheus, der Angst, selten der Verzückung, daß etwas in ihrem Innern vorgeht, welches sie bewegt. Ihre ganze Haltung erweckt den Eindruck, daß sie unter der lebhaften Wirkung eines Affektes stehen. Die Augen sind geschlossen, selten, wie bei der Verzückung, weit geöffnet, starr nach oben gerichtet. Der Mund bewegt sich oft ganz leise. Die Atmung erfolgt oberflächlich, regelmäßig, selten tief. In den Lidern häufig Blinzeln. Sprachliche Reaktionen sind nicht zu erzielen, auch nicht bei lautem Anrufen, Schütteln. Aufforderungen kommen sie nicht nach oder nur ganz langsam, zögernd, bleiben stehen bei der einmal begonnenen Bewegung. Bei passiven Bewegungen spürt man entweder gar keinen Widerstand, die Extremitäten fallen schlaff herab oder es macht sich ein lebhaftes Widerstreben geltend, welches mit starker Anspannung der Muskulatur die Bewegung zu hindern trachtet, die Lider krampfhaft schließt, die Kiefern aufeinanderpreßt. Nicht selten ist ausgesprochene wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea) vorhanden, welche gestattet, den Gliedern beliebige Stellungen zu geben, in denen sie oft lange, bis zu Stunden verharren.

Während der Untersuchung sieht man oft eine schnelle Rötung des Gesichtes auftreten, namentlich bei unerwarteten Untersuchungen. Auf Nadelstiche, auf Reize mit dem elektrischen Strom treten gar keine oder nur geringe Abwehrbewegungen ein. Auch von empfindlichen Stellen (Nasenschleimhaut, Cornea) löst Berührung keinen Reflex aus. Die Reaktionslosigkeit geht so weit, daß die Kranken Fliegen, welche an den Augen kriechen, nicht abwehren. Zuweilen kommen sie dabei automatisch befehlenden Aufforderungen nach.

Zur Regungslosigkeit und Stummheit gesellt sich oft Nahrungsverweigerung, ein Widerstreben gegen alle vorgenommenen Maßnahmen. Stuhl und Urin lassen sie unter sich. Der Speichel fließt aus dem Munde.

Diese katatonischen Hemmungen werden oft von raschen impulsiven Bewegungen unterbrochen.

Sie springen aus dem Bett, bleiben plötzlich wieder stehen, greifen nach einem in der Nähe befindlichen Gegenstand; es kommt vorübergehend zu interkurrenten Erregungszuständen: ganz plötzlich löst sich die Stummheit und sie bringen oft unter lebhaftem Affekt Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vor, welche einen Einblick in die inneren Vorgänge gestatten oder wenigstens vermuten lassen.

Diese stupurösen Zustände können langdauernde Phasen im Krankheitsverlaufe bilden. In anderen Fällen sind sie von kurzer Dauer, es kommt zu plötzlichen starrkrampfartigen Anfällen, in der Folgezeit treten diese intermittierend auf, wechseln mit Erregungen. Oder es bildet sich ein periodischer Wechsel dieser mit relativ freien Zeiten und Erregungszuständen heraus.

Von Anfang an und auch im weiteren Verlaufe haben die meisten Kranken ein unbestimmtes Krankheitsbewußtsein, welches in dem Gefühl, es sei etwas Furchtbares passiert, sie finden nicht zurecht, „alles ist verkehrt", „es ist mir nicht recht im Kopf", „die Gedanken gehen durcheinander, einer verwirrt den andern", „alles ist verloren, verwirrt, man hat mich verwirrt gemacht" seinen beredten Ausdruck findet. Beachtenswert ist, daß diese Empfindung von der Verwirrtheit im Innern auch vorherrschend ist, wenn sie

äußerlich ruhig erscheinen. „Immer springt und tut es hier, alles ist verstellt und verdreht, man findet keinen Weg mehr.“

Das äußere Bild des Verlaufes kann sich verschieden gestalten.

Die Erregungs- und Stuporzustände bilden für sich abgeschlossen mehr oder weniger schnell ineinander übergehende Phasen des Krankheitsbildes (Fürstner, akutes halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen), auch als inkohärente Form der Amentia beschrieben.

Unter unbedeutenden vagen Prodromen, wie Kopfschmerzen, Mißmut, Verstimmung, setzt akut das erste Stadium ein: heftige, vorübergehend remittierende, halluzinatorische Erregung mit progressiv sich steigernder Verworrenheit. In der zweiten Periode ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranken in gewissem Grade verwirren, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreißen, andererseits nicht so vorherrschend sind, daß sie die Perzeption für äußere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluß bildet die Rekonvaleszenzperiode: entsprechend einem schnelleren oder langsameren Zessieren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Luzidität: das normale psychische Verhalten kehrt zurück. Die stupuröse Phase im Krankheitsbild kann fehlen, nach der halluzinatorischen Erregung leitet sich ohne diese Rekonvaleszenz ein.

In anderen Fällen (Erschöpfungspsychosen, Raecke) lassen sich noch weitere Stadien des Verlaufes abgrenzen.

Im Prodromalstadium herrschen allgemeine nervöse Beschwerden und Reizbarkeit. Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affekt, ängstlicher Ratlosigkeit, primärer Inkohärenz und Perseveration, unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe. Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, mißtrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Rekonvaleszenz: Orientierung kehrt wieder. Krankheitseinsicht. Amnesie ist stark.

In noch anderen Fällen treten die Sinnestäuschungen fast ganz in den Hintergrund. Es ist hier vorherrschend primäre Inkohärenz des Vorstellungsablaufes, verbunden mit Ratlosigkeit, Unorientiertheit und einer bald ängstlichen, reizbaren, gehobenen, jedenfalls oft und schnell wechselnden Stimmung. Dazwischen schieben sich Anfälle mit Schreien, eigenartigen Stellungen und Verdrehungen des Körpers, oft begleitet mit Schlagen und Singen, besonders manirierter und affektierter Sprechweise. Nicht selten treten schon in der ersten Zeit schnell vorübergehende Remissionen mit weitgehender Klarheit auf.

Sind diese Erregungszustände vorherrschend, spricht man von der **erregten oder deliriösen Amentia.**

Im Anschluß an das Klimakterium werden halluzinatorische Verwirrtheitszustände, die wesentlich unter dem Bilde der Erregung verlaufen, ohne stuporöse Phasen beobachtet. Ein kurzes Prodromalstadium, dann heftige halluzinatorische Verwirrtheit, wenige Wochen anhaltend. Langsam tritt Klarheit und Genesung im Verlaufe der nächsten Wochen ein (Beyer, E. Meyer).

Auch infolge von Menstruationsvorgängen treten akut ausbrechende schwere halluzinatorische Verwirrtheitszustände mit

weitgehender Bewußtseinstrübung auf. Nach Kataraktoperationen sah ich verschiedentlich ganz akut halluzinatorische Erregung ausbrechen.

Seltener ist die **stuporöse Form,** bei welcher es nach kurzem Prodromalstadium zum ausgebildeten schweren Stupor kommt. Im Beginn sind dabei zuweilen sehr ausgesprochen schwere hypochondrische Empfindungen (das Gehirn zittert, das Herz schlägt nicht mehr, das Gehirn, die Gehirnschale, das Herz sind fort). Diese wechseln mit melancholischen Vorstellungen (unwürdige Sünderin). Der Stupor erreicht dann in der Regel nach einer ganz kurz dauernden Erregung seine höchsten Grade. Die Genesung leitet sich langsam ein. Auch hier kommt es zu vorübergehenden kurzen Aufhellungen des Bewußtseins, besonders im Beginn und bei Einleitung der Rekonvaleszenz.

Zu dieser stuporösen Form rechnet auch wohl ein Teil der Fälle, welche als Stupidität (Dementia acuta), als primärer Stupor, als akute heilbare Demenz, als primäre Demenz, als Anoia (JOLLY) beschrieben sind.

Körperliche Störungen begleiten alle diese verschiedenen Variationen. Am ausgesprochensten ist der allgemeine Kräfteverfall, der sich in einem erheblichen Sinken des Körpergewichts ausdrückt. Abnahmen bis auf die Hälfte des ursprünglichen Gewichts kommen vor. Gefühl von Mattigkeit, Hinfälligkeit ist oft ausgeprägt. In Anämie, Herzschwäche gibt sich die mangelhafte Ernährung kund. Appetitlosigkeit erschwert die Nahrungsaufnahme sehr. Vollkommene Nahrungsverweigerung erzeugt starken Foetor ex ore. Menstruationsstörungen sind häufig: Ausbleiben der Menses im Beginn und Wiederauftreten in der Besserung.

Schlaflosigkeit ist sehr hartnäckig. Dabei Gefühl von Schwindel, Kopfschmerzen, Kongestionen, starkes Schwitzen. Tremor, Steigerung der Reflexe, vasomotorisches Nachröten, fliegende Röte am Hals und im Gesicht treten auf. Bei schweren stuporösen Erscheinungen kommt es zu Zirkulationsstörungen, Oedemen, Decubitus.

Die Temperatur sinkt in diesen stuporösen Zuständen oft unter die Norm, im Beginn und weiterhin sind Steigerungen bemerkbar, für deren Vorhandensein der körperliche Zustand zuweilen keine ausreichende Erklärung abgibt. Einige Male sah ich, namentlich im Beginn und auf der Höhe der Verwirrtheit, ausgesprochene epileptische Anfälle, ohne daß eine Vergiftung (Blei, Alkohol) diese veranlaßt hatte.

Die Erinnerung, im großen und ganzen der Bewußtseinsintensität entsprechend, zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. Sie ist um so vollständiger, je mehr die Verwirrtheit durch inhaltliche Störungen der Empfindungen und Vorstellungen bedingt ist, meist dann am besten, wenn Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen eine gewisse Ordnung und Zusammenhang erkennen lassen. Sie ist um so lückenhafter, je mehr die Inkohärenz der Vorstellungen vorherrscht.

Für die Prüfung der bei der vorliegenden Erkrankung in Betracht kommenden Bewußtseinsstörungen mit ihren Begleiterscheinungen empfiehlt sich als praktisch die von HEILBRONNER angewandte Benennungsmethode, bei der die Zahl der zu übersehenden Partialeindrücke möglichst verringert wird. Es werden einfache Zeichnungen hergestellt, die im Beginn noch vieldeutig, allmählich durch Zufügung charakterisierender Einzelheiten eindeutig gemacht werden (z. B. Zeichnungen von Lampe, Baum, Kirche usw.).

Es ist schwierig, eine befriedigende Erklärung für alle bei der Amentia auftretenden Erscheinungen zu geben. Am nächsten liegt es, diese auf den psychischen Erregungszustand der akut einsetzenden Geistesstörung zurückzuführen und anzunehmen, daß dieser die motorischen Zentralapparate hemmend oder reizend beeinflußt.

Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und äußeres Verhalten, ganz gleich, ob dieses sich in Erregung oder Hemmung unter den Erscheinungen des Stupors kundgibt, stehen ohne weiteres nicht in ursächlichem Zusammenhang, derartig, daß das Benehmen ausschließlich als Reaktion auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufzufassen ist. Häufig sind alle diese Symptome koordiniert als Ausdruck der bestehenden Gehirnkrankheit anzusehen, ohne direkt voneinander abhängig zu sein.

Wie jedoch die nachträglichen Erhebungen bei den Kranken, welche darüber Rechenschaft ablegen und ausführliche Angaben über Empfindungen und Vorstellungen, die sie beherrschen, machen können, ergeben, kennzeichnen sich die verschiedenen Stimmungen, die Verwirrtheit mit ihrem wechselnden, bald erregten, bald stuporösen Benehmen nicht selten als Ausfluß ganz bestimmter Wahnvorstellungen, Illusionen und Halluzinationen. So gibt eine Kranke als Erklärung für ihr regungsloses Verhalten im Stupor an, sie habe Totenköpfe im Kopfkissen gesehen, das Bett für einen Sarg gehalten, sie habe geglaubt, die Eltern wären tot, sie habe Kleider von ihnen an und bereite beim Wechseln dieser den Eltern Schmerzen, sie habe sich nicht bewegt, weil sie dachte, man wolle nur sehen, ob sie nach ihrem Vater schlage.

Eine andere Kranke lag regungslos und steif, weil sie glaubte, am Kopfende läge eine zusammengerollte Schlange. Die Nahrungsverweigerung erklärte sie durch unangenehme Empfindung: sie glaubte, das Essen könne den Schlund nicht passieren. Das verzückte nach oben Schauen führte eine andere Kranke auf Sinnestäuschungen zurück, sie sah Gott und die Engel. Stumm war sie, weil Gott ihr verboten, zu sprechen, damit sie gereinigt und geheiligt werde. Die Stimme und ein Zwang hätten sie gebunden.

Durch Bewegung glaubt eine andere Kranke, sich und anderen Unglück zu bringen, daher liegt sie still.

Der spätere Zustand vieler Kranken, welche keine Rechenschaft über ihr Verhalten abzulegen vermögen, verhindert oft einen hinreichenden Einblick in die stattgehabten Vorgänge. Wo dieses angängig, lassen sich derartige Angaben ungezwungen als Erklärungen für das Sonderbare im Benehmen verwerten.

Der Stupor ist bei diesen Kranken in erster Linie bedingt durch den Inhalt der Empfindungen und Vorstellungen, nicht durch primäre Hemmung.

Prognose.

Die Dauer der Amentia ist eine sehr verschiedene. Bei Menstruationsvorgängen, im Klimakterium, Puerperium sehen wir oft die Krankheit in wenigen Tagen bis Wochen abklingen, meist beansprucht sie einen Zeitraum von mehreren Monaten (6—9). Vereinzelt nimmt der Verlauf ein Jahr und noch länger in Anspruch. Noch nach Jahren ist Heilung zu beobachten.

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad der hereditären Belastung und dem Verlauf existiert nicht. Jedenfalls gelangen schwer Belastete gerade so gut zur Heilung, als Fälle ohne solche. Auch angeborene geistige Schwäche braucht keinen üblen Ausgang im Gefolge zu haben. Quoad vitam ist die Prognose in den meisten Fällen ernst: Selbstmorde, besonders im Beginn, sind nicht selten. Ein Teil der Kranken geht infolge der anhaltenden hochgradigen Erregung, Schlaflosigkeit, der totalen Abstinenz und der daraus resultierenden ungenügenden Ernährung in verhältnismäßig kurzer Zeit zugrunde. Somatische Krankheitsprozesse bringen den Tod: Herzinsuffizienz, Phlegmone, Erysipel (infolge von Verletzungen), Pneumonie, Tuberkulose, Fettembolie.

Schnell sich entwickelnder Stupor im Beginn ist nicht ungünstig.

Die Fälle, wo sich die Verwirrtheit schnell zu hohen Graden steigert, dem Bild des Delirium acutum ähnlich, sind am ungünstigsten.

Bei einzelnen Fällen bildet sich ein periodischer Verlauf heraus (besonders oft bei der Verwirrtheit im Anschluß an menstruelle Vorgänge).

Im ganzen ist nur bei einem Drittel der Fälle auf günstigen Ausgang zu rechnen. Ein großer Teil endet tödlich. Ein anderer Teil geht in chronischen Erregungszustand über mit zunehmender Verblödung. Katatonische Erscheinungen lassen keine absolut ungünstige Prognose stellen.

Differentialdiagnose.

Die akute halluzinatorische Verwirrtheit ist vom Kollapsdelirium nicht zu unterscheiden. Auch in der Kürze des Verlaufs liegt kein unterscheidendes Merkmal.

Bei der Trennung von der Manie und Melancholie wird der Nachdruck auf die anhaltende Veränderung der Gemütslage, auf die Stetigkeit der Affekte zu legen sein, welche diese beiden Erkrankungen auszeichnen. Bei der Amentia ist ein beständiger Wechsel der Affekte. Die Verwirrtheit erreicht bei der Manie außerordentlich selten so hohe Grade, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind selten so zahlreich als bei der Amentia. Bei der Melancholie stehen die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen in inniger Beziehung zur Grundstimmung.

Vor Verwechslung mit Verwirrtheitszuständen auf epileptischer Basis wird die Vorgeschichte, der Nachweis epileptischer Antezedentien schützen müssen. In der Ideenflucht liegt jedenfalls kein Unterscheidungsmerkmal, diese sind auch den epileptischen Verwirrtheitszuständen eigen.

Die Paralyse verlangt den Nachweis körperlicher Symptome.

Bei der Unterscheidung von der Katatonie wird der Nachdruck zu legen sein auf das Eintönige, Gebundene, Zerfahrene, welches dieser Erkrankung oft von vornherein anhaftet. Traumhafte Verwirrtheit, Fehlen katatonischer Symptome werden zunächst an Amentia denken lassen.

Zuweilen kann die Amentia dem Korsakoffschen Symptomenkomplex ähnlich sein. Die äußere Ursache (Korsakoffscher Symptomenkomplex kommt am häufigsten auf dem Boden des Alkoholismus vor), der weitere Verlauf (beim Korsakoff herrscht der Ausfall des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit vor) werden bei der Unterscheidung verwertet werden können.

Die Unterscheidung von der akuten Paranoia wird große Schwierigkeiten bereiten (siehe dort Differentialdiagnose). Gruppierung der Wahnvorstellungen zu einem System und das Fehlen der anhaltenden traumhaften Verwirrtheit wird für Paranoia sprechen. An und für sich ist die akute Paranoia sehr viel seltener.

Therapie.

Die schnell sich steigernde Erregung und Verwirrtheit gestatten eine Behandlung in häuslichen Verhältnissen in den seltensten Fällen.

Von vornherein ist eine sorgfältige Bewachung der Kranken erforderlich. Zur Erzielung dieser und zur Bekämpfung der Erregung leistet Bettbehandlung gute Dienste.

Hydrotherapeutische Maßnahmen sind möglichst früh

vorzunehmen: protrahierte warme Bäder, auf Stunden, Tage fortgesetzt, kühle Uebergießungen, Einpackungen, Abreibungen.

Bei heftigen Erregungen, aggressivem Verhalten ist zur Beruhigung eine Isolierung unter der nötigen Bewachung sehr von Nutzen.

Auf den Ernährungszustand ist die größte Sorgfalt zu legen. Mit Anwendung der Schlundsonde, wenn Nährklistiere versagen oder nicht ausreichend sind, ist bei Nahrungsverweigerung nicht zu lange zu zögern. Wiederholte Kochsalzinfusionen (zwei- bis dreimal täglich) sind von hervorragendem Nutzen dabei.

Von Schlafmitteln bieten Trional (1,0—2,0), Veronal (0,25—1,0), Amylenhydrat (2,0—4,0) gute Dienste.

Forensische Bedeutung.

Bei der heftigen Erregung und Verwirrtheit, in welcher sich die Kranken meist im Beginn befinden, kommt es zuweilen zu Strafhandlungen, wie Körperverletzung, Totschlag. Häufig sind derartige Delikte nicht, da in der Regel die Erkrankung mit dem akuten Ausbruch eine schleunige Unterbringung erfordert. Zu Anträgen auf Entmündigung kommt es bei der verhältnismäßig kurzen Dauer der Erkrankung selten. Während der ausgebildeten Erkrankung ist wohl immer Geisteskrankheit im Sinne des § 6 BGB. als vorliegend anzusehen.

Literatur.

Bartel, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. I.-D., Berlin 1887.
Bangh, L. D. H., Some observations on confusional insanity. Brit. Med. Journ. II, p. 949, 1905.
Berger, Ueber einen Fall von akuter Psychose nach Kataraktoperation. I.-D., Kiel 1905.
Beyer, Ernst, Ueber eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.
Bierschenk, F., Zur Frage des halluzinat. Wahnsinns. I.-D., Gießen 1904.
Binswanger, Ueber die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1897.
Cattani, Emil, Zur Differentialdiagnose der Paranoia acuta von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I-D., Bern 1896.
Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
Csordás, Elemiro, Amentia. Elme- és idegkortán, Nr. 4, 1909.
Drapes, Th., A case of acute hallucinatory insanity of traumatic origin. The Journ. of ment. Sc., Vol. L, p. 478.
David, W., Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. I.-D., Kiel 1905.
Foerster, R., Zur Kasuistik der kombinierten Morphio-Cocain-Psychose. I.-D., Kiel 1904.
Fuchs, A., Zur Frage nach der Bedeutung der Remissionen im Verlaufe einzelner Formen von akuten Psychosen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., 1902.
Gluszezewski, Die akute halluzinatorische Verwirrtheit als Initialstadium der Melancholie. I.-D., Marburg 1902.
Heilbronner, Zur klinisch-psychologischen Untersuchungstechnik. Monatsschr. f. Psych., XVII. Bd., H. 2.
Hoche, A., Akutes halluzinatorisches Irresein. Amentia. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.
Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F., Bd. XVIII, S. 588.
Jolly, Diskussion im Referat Cramer: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, 1895.
Kellermann, Ein Fall von akuter Verwirrtheit bei Anämie. I.-D., Kiel 1904.
v. Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. Eine klinische forensische Studie. Stuttgart 1902.
Krause, Ueber Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginn und Verlauf der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. I, H. 5.

LAPINSKY, M., Ueber Psychosen nach Augenoperationen. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, H. 5, S. 665.
MARX, G., Ueber das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia. I.-D., Kiel 1909.
MEYER, ERNST, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1902.
Derselbe, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, S. 780.
PAILHAS, B., Dédoublement de la personalité à la suite d'hémorrhagie. L'Enc. 3. Ann., Nr. 2, p. 139, 1907.
PICKETT, W., Mental Symptomes associated with pernicious Anaemia. The Am. Journ. of the med. Sc., CXXVII, p. 1032.
PILCZ, Beiträge zur Klinik der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIV, S. 434.
PRITCHARD, W., Delirium grave. A crit. study with report of case of Autopsy. The Journ. of med. and ment. Dis., Vol. 31, p. 162.
POBIEDIN, Zur Lehre von den akuten halluzinatorischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 59, S. 481.
RAECKE, Ueber Erschöpfungspsychosen. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII.
Derselbe, Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XI. H 1.
REUTER, Beiträge zur Kasuistik der Psychosen bei Katarakt. Beil. Sem. is idegkörten Nr. 1 des Orvosi Hetilap Nr. 45.
SCHMITZ, Ueber Psychosen bei Herzfehlern. I.-D., Kiel 1902.
SEIFFER, W., Die Geschichte der Stupidität (Dementia acuta), Charité-Annalen, XXX. Jahrg.
SELBERG, Ueber postoperative Psychosen. Beil. z. klin. Chir., Bd. XLIV, 1. H., 1904.
SIEMERLING, Ueber Menstruationspsychosen und ihre forensische Bedeutung. Zeitschr. f. Psych., Bd 62.
SIEMERLING, E., Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik, VI. Bd. 2.
STRANSKY, Zur Lehre von der Amentia. Wien. med. Wochenschr., 1905, Nr. 1 und Zentralbl. f. Nervenheilk., N. F., Bd. XVIII, S. 809 und Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. IV, H. 4, S. 158 u. Bd. V, H. 1, S 18 u. Bd. VI, S. 37.
STROHMEYER, Zur klinisch. Diagnose und Prognose der Amentia. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIX, S. 417 u. Habilitationsschr. Jena. — Berlin, S. Karger, 1906.
VITEK, Zur Pathogenese des ak. halluz. Wahnsinns. Ber. über den IV. Kongr. tschechisch. Naturf. u. Aerzte 1908.
WEBER, Ueber Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
WEIK, H., Ueber Psychosen nach Augenoperation. I.-D., Tübingen 1901.
ZIEHEN, Ueber die Affektstörung der „Ergriffenheit“ bei akuten Psychosen.
ZWEIG, Zur Lehre von der Amentia. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, H. 5, S. 709.

Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Aus praktischen und didaktischen Gründen erfolgt hier eine zusammenfassende Besprechung dieser Psychosen.

Von alters her haben die Psychosen im Zusammenhang mit den physiologischen Prozessen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft der Frau eine hohe Bedeutung beansprucht. Die große Rolle, welche Menstruation, Gravidität, Puerperium und Laktation beim Zustandekommen psychischer Störungen spielen, drückt sich schon in der üblichen Trennung und Bezeichnung der Psychosen nach diesem rein äußerlichen und zeitlichen Zusammenhang aus.

Ganz besonders sind es die Vorgänge v o r, b e i und n a c h der G e b u r t, die wegen der Häufigkeit und Eigenartigkeit mannigfacher bei ihnen vorkommenden Psychosen die Aufmerksamkeit erregten.

„Sowohl Wahnsinn als Tobsucht und Narrheit kann die Wöchnerin so gut und so leicht befallen, als sie vom Schlagfluß, Konvulsionen und Epilepsie heimgesucht werden kann“, äußert sich Schneider in seiner Abhandlung über Mania lactea in Nasses Zeitschrift für Anthropologie 1823. Mania puerperalis bleibt lange Zeit die Benennung für die im Puerperium vorkommenden psychischen Störungen mit dem Charakter der Erregung. Es ist Fürstners Verdienst, 1894 zuerst darauf hingewiesen zu haben, daß ein großer Teil der Wochenbettpsychosen nicht unter dem Bilde der Manie verläuft, sondern unter den Erscheinungen des akuten halluzinatorischen Irreseins.

Häufigkeit. Ursachen.

Unter den Psychosen beim weiblichen Geschlecht nehmen nach umfassenden Zusammenstellungen früherer Beobachtungen die Schwangerschaftspsychosen 3,1 %, die Puerperalpsychosen 9,8 %, die Laktationspsychosen 4,9 % ein. Ich beobachtete diese in 2,2—4,8 %.

Die Zahl der Puerperalpsychosen ist im ganzen geringer geworden.

Die fortschreitende Besserung der sanitären Verhältnisse im Hebammenwesen, die bessere Schulung des geburtshilflichen Personals können ohne weiteres als Erklärung für die Abnahme der Wochenbettpsychosen herangezogen werden.

Auf die einzelnen Abschnitte entfallen: **86 % Puerperal-, 10 % Laktations-, 3 % Graviditätspsychosen.**

Die von Olshausen vorgeschlagene Einteilung trennt die Puerperalpsychosen in Infektions-, idiopathische und Intoxikationspsychosen.

Eine eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Wochenbettpsychosen kennen wir nicht. — Wir können nur eine Reihe von äußeren Schädlichkeiten anführen, bei deren Vorhandensein uns das Auftreten der Psychose erklärlich erscheint.

Erblichkeit spielt keine große Rolle. Schwere und Leichtigkeit der Entbindung sind ohne besonderen Einfluß. In 7,2 % war nach meinen Zusammenstellungen die Entbindung schwer, die durch Zange, Operation, Wendung usw. beendigt werden mußte. Bedeutungsvoller ist die Entbindung, welche mit Blutverlusten, Anämie, großer Erschöpfung, schlechter Ernährung einhergeht (16 %).

Die hohe Bedeutung der **Infektion** ist schon lange hervorgehoben (1828). Berndt unterscheidet schon die bei Endometritis, Phlebitis vorkommenden symptomatischen Psychosen von den Puerperalpsychosen im engeren Sinne. Dieses Moment hat große Bedeutung.

In 24 % fand ich Infektion, wichtig ist ferner die **Eklampsie** (16 %). Dazu gesellen sich noch 8 %, bei denen sich eine anderweitige fieberhafte Erkrankung findet (Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus, Typhus usw.).

Diesen Zahlen gegenüber treten die psychischen Momente (Sorgen, Aufregung, Angst vor Entbindung, Gewissensbisse, Furcht vor Schande) mit 4,3 % sehr zurück. Auch Familienstand und Lebensstellung der Frauen fallen nicht besonders ins Gewicht. Die unehelich Geschwängerten überwiegen keinesfalls (74,7 % Verheiratete, 23,8 % Ledige). Frühere Geisteskrankheiten sind nicht selten.

Bei der Abschätzung aller dieser Momente ist zu bemerken, daß

sie sich auf dem durch Gravidität, Puerperium, Laktation besonders vorbereiteten Boden abspielen.

Erstgebärende stellen das größte Kontingent mit 40 %, Zweit- und Drittgebärende mit 13 resp. 15 %. Dann sinkt schnell die Zahl, vereinzelt bricht die Erkrankung noch in der 8. bis 14. Entbindung aus. Rezidive sind nicht häufig. Dabei kann die Form der Psychose wechselnd sein.

Die meisten Erkrankungen fallen in den Zeitraum vom 21.—25. und 26.—30. Lebensjahr, nämlich 33 % und 23 %.

Art und Vorkommen der psychischen Störungen.

Eine spezifische puerperale Psychose gibt es nicht, ebensowenig eine Laktations- und Graviditätspsychose.

Psychische Störungen, welche sich eng an den Geburtsakt anschließen, oft mit Vollendung derselben schließen, sind selten. Es handelt sich um transitorische Dämmerzustände oder um schnell vorübergehende halluzinatorische Delirien oft auf hysterischer oder epileptischer Basis. Aeltere Beobachtungen stammen von Jörg und Marcé, neuere von Weisskorn, Roustan, Dörfler, Debus, Sarwey und Sigwart. Dahin gehören auch die als Mania puerperalis transitoria beschriebenen Fälle. Häufig sind dabei impulsive Gewaltakte.

In der **Gravidität** begegnen wir der Melancholie am häufigsten. Halluzinatorisches Irresein ist seltener.

Der Ausbruch erfolgt meist in der zweiten Hälfte. Zuweilen tritt mit Abort ein Nachlassen der psychischen Störungen ein.

Besondere Erwähnung verdient die **Chorea gravidarum.** In der Dissertation von Kroner (Berlin 1896) sind 151 Fälle zusammengestellt, Frank fügt diesen 31 weitere Fälle hinzu. In vier von mir beobachteten Fällen brach einmal die Chorea vier Wochen vor der Entbindung aus mit heftigster Erregtheit, Verwirrtheit, Halluzinationen. Drei endeten letal. Im 4. Falle, wo die Chorea seit 10 Jahren bestand, trat während der Gravidität eine Steigerung ein, die mit der Entbindung nachließ.

Die **Puerperal- und Laktationspsychosen** werden so getrennt, daß alle Psychosen bis zur 6. Woche dem eigentlichen Puerperium, die nach dieser Zeit der Laktation zugeschrieben werden. Die Trennung ist keine scharfe.

Die meisten Geistesstörungen brechen in den ersten Tagen nach der Entbindung aus, die Hälfte aller in der 1. Woche nach der Entbindung, 60 % in den ersten 14 Tagen.

Gelegentlich einmal kommt jede Psychose vor. Progressive Paralyse ist sehr selten. Selten auch Entstehung der chronischen Paranoia. Meist handelt es sich dabei um Exacerbationen einer schon lange bestehenden Erkrankung.

Auf dem Boden der Imbezillität treten halluzinatorische Erregungszustände auf (21jähriges lediges Mädchen suchte Kind mit Spiritus zu verbrennen).

Bei Epilepsie, Hysterie ist die Frage der ursächlichen Entstehung nicht immer ganz leicht zu entscheiden. Fünfmal in meinen Fällen ließ sich die Entstehung der Epilepsie auf das Puerperium zurückführen. Krämpfe traten auf wenige Stunden nach der Entbindung, einmal nach Chloroformnarkose und Zange.

Nach den Anfällen bestand ein halluzinatorischer Verwirrtheitszustand von einigen Stunden, einmal $1^1/_2$ Monate dauernd.

Hysterische Anfälle beobachtete ich einmal in der Gravidität (bei einer 29 jährigen Frau während der drei Schwangerschaften, die jedesmal nach Entbindung schwanden). Einmal schwere Hysterie bei einer Erstgebärenden.

Eine Kombination von Hysterie und epileptischen Anfällen sah ich bei einem an cerebraler Kindeslähmung leidenden 31 jährigen Mädchen (stand unter Anklage der Tötung des Kindes).

Unter den eigentlichen Psychosen dominiert das akute halluzinatorische Irresein mit 55,4 %, auf die übrigen entfallen: Melancholie 12,5 %, Manie 5 %, Fieberdelirien 13 %, Delirium acutum 4,5 %, Chorea puerperalis 2,5 % und Eklampsie 5,4 %.

Einzelne Autoren haben unter den Wochenbettpsychosen der Katatonie einen erheblich größeren Anteil zuschreiben wollen, als es sonst zu geschehen pflegt.

Wenn ich absehe von dem Tübinger Material, unter welchen bei 51 Fällen 14 (27 %) als zur Katatonie gehörig von E. Meyer gerechnet werden, mich beschränke auf die Berliner Fälle, dann ist die Katatonie mit kaum 2 % vertreten. Sehen wir ganz ab von dem subjektiven Moment, was bei der Stellung dieser Diagnose nicht gut zu eliminieren ist, dann könnte man daran denken, in der erwähnten Verschiedenartigkeit der Provenienz des Materials, das eine Mal aus der großen Stadt, das andere Mal aus ländlichem Bezirke eine Erklärung für diesen Unterschied in der Verlaufsweise zu finden. Ob diese Vermutung zutreffend ist, dürfte schwer zu beweisen sein. Das ist keine Frage, daß unter dem Tübinger Material auffallend häufig Fälle zur Beobachtung kamen, welche sich der Katatonie einreihen ließen.

Auf der anderen Seite erscheint es mir nicht gerechtfertigt, aus dem gelegentlichen Auftreten katatoner Erscheinungen, wie sie namentlich bei allen akuten Psychosen sehr häufig sind, die Fälle ohne weiteres der Katatonie zuzuzählen. Jedenfalls ist für die prognostische Beurteilung des Falles nichts damit gewonnen, da die katatonischen Erscheinungen noch lange kein ausreichendes Kriterium bilden, um eine sichere Prognose zu stellen, jedenfalls nicht ohne weiteres die Prognose verschlechtern. Wir werden hören, daß über die Hälfte der Puerperalpsychosen in Genesung ausgeht.

Die Manien entwickeln sich durchweg am Ende der ersten Woche nach der Entbindung. Die Dauer beträgt 4—5 Monate.

In ihren Symptomen bieten sie nichts Abweichendes von der manischen Exaltation aus anderer Ursache.

Die Melancholien zeichnen sich durch ihre Schwere aus. Der Ausbruch liegt meist in den ersten Tagen, sie steigern sich sofort zu hochgradiger Angst, melancholischen Vorstellungen, Versündigungsideen. In fast der Hälfte der Fälle kommt es zu ernsten Selbstmordversuchen (Erhängen, Sprung ins Wasser, Schnitte, Sturz aus Fenster). Wiederholt sind Anklagen wegen Kindestötung. Verlauf im Durchschnitt sechs Monate. Einmal sah ich nach vierjährigem Bestehen Heilung.

Beginn der Genesung fällt zuweilen zusammen mit Eintritt der Menstruation.

Manische und melancholische Zustände können Phasen des zirkulären Irreseins bilden.

Die Hauptgruppe repräsentiert das akute halluzinatorische

Irresein (Fürstner). Die Schilderung der Symptome und des Verlaufes ist im Abschnitt Amentia gegeben. Zuweilen entwickelt sich eine akute Paranoia als ausgesprochener „Laktationseifersuchtswahn".

Nach dem Verlauf sind **leichtere und schwerere Formen** zu trennen. Erstere laufen in durchschnittlich 33 Tagen, letztere in 3—4 Monaten ab. Drei Viertel der Fälle gelangt zur Genesung. Todesfälle sind selten (3 %): die häufigsten Ursachen sind leichtere septische Erkrankungen und Komplikationen, wie Phthise.

Bei dem Vorwiegen der Infektion sind Fieberdelirien und Delirium acutum häufig. Die Sektion ergibt Pachymeningitis haemorrhagica, Hyperaemia cerebri, miliare Blutungen. Hierzu rechnen auch die Fälle von **Chorea puerperalis** meist mit septischen Erkrankungen verknüpft. Der Ausbruch erfolgt zuweilen unmittelbar nach der Entbindung, nach Entfernung der Nachgeburtsreste.

Besondere Besprechung verdienen die **Psychosen nach Eklampsie,** zu deren Kenntnis Olshausens Veröffentlichung beigetragen hat. Unter 45 von mir beobachteten Fällen waren 13 mit nur kurzdauernden soporösem Stadium nach den Anfällen.

Bei 32 traten halluzinatorische Verwirrtheitszustände auf von kürzerer oder längerer Dauer (Tage bis Wochen). Die Eklampsie brach entweder kurz vor, oder während, oder nach der Entbindung aus. Die Entbindungen waren zum Teil sehr schwer.

Die Psychose schließt sich entweder eng an den Anfall, oder an ein soporöses Stadium, oder an eine kurze Lucidität an.

Meist fieberfreier rascher Verlauf, günstiger Ausgang.

So verläuft die Erkrankung bei einer 29jährigen Frau (2. Entbindung) in folgender Weise: Gravidität normal. Einige Stunden vor der Entbindung 6 Anfälle. Nach der leichten Entbindung 17 Anfälle, 2 Tage später 4 Anfälle. Inzwischen soporös. Viel Albumen, reichlich Zylinder. Nach den letzten Krämpfen erregt, glaubt vergiftet zu werden, sieht Personen, verweigert Nahrung, spricht von Katzen, die sie geboren, hat Angst vor Hinrichtung, hört schimpfende Stimmen, sieht Fratzen, Köpfe, weint, jammert. Kurze Remission: es sei ihr wie ein Traum, sie habe sich eingebildet, daß sie Hunde und Katzen geboren. Erregung bricht wieder aus, sieht Prinzen mit gelb und schwarz gestreiften Hosen, die tanzen, ist weinerlich, beklagt sich über Stimmen, die gesagt, daß ihr Kind tot sei. Oft anhaltende Monologe, glaubt begraben zu sein. Sie müsse alles aussprechen, glaubt unverheiratet zu sein. Allmähliches Nachlassen der Verwirrtheit und Erregung. Heilung nach 2 Monaten.

Zweimal sah ich die Verwirrtheit in ein unheilbares Stadium übergehen, sonst nahmen alle einen günstigen Verlauf. Dauer zwei Monate.

Zustände von Ekstase sind häufig dabei.

Vereinzelt sind Selbstmordversuche.

Oft herrscht weitgehende Amnesie für Geburt und vorausgegangene Ereignisse. Geburt und eventuelle Tötung des Kindes kann in einem Dämmerzustand vor sich gehen.

Periodisch gehäuftes Auftreten der Eklampsiepsychosen ist zu beobachten.

Prognose.

Die Prognose für die Puerperalpsychosen insgesamt ist nicht schlecht: über die Hälfte der Fälle gelangt zur Genesung. 58 % geheilt resp. gebessert, 24 % ungeheilt, 16 % gestorben.

Unter den vielgestaltigen psychischen Symptomen, welche zur Beobachtung gelangen, gibt es keines, dessen Vorhandensein oder Fehlen eine sichere Prognose zu stellen gestattet. Die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit eines Falles ist in letzter Linie wohl weniger abhängig von den psychischen Symptomen als von den zugrunde liegenden und sie begleitenden anderweitigen Krankheitserscheinungen, welche durch die Eigenartigkeit des puerperalen Prozesses bedingt werden.

Therapie.

Die Therapie wird ihre Hauptaufgabe in der Bekämpfung der etwa vorhandenen infektiösen Vorgänge suchen. Für möglichst sorgfältige Ueberwachung der Kranken ist Sorge zu tragen, um Schädigungen des eigenen Lebens und der Umgebung zu verhüten. Ich kann dabei verweisen auf das Kapitel „Amentia".

Zur Bekämpfung der Melancholie während der Gravidität ist ev. an Einleitung der künstlichen Entbindung zu denken, wenigstens empfiehlt Jolly diese bei schwerer Melancholie mit heftigem suicidalen Trieb, dessen Bekämpfung resp. Unterdrückung auch in einer geschlossenen Anstalt kaum erreicht werden könne. Einige Male sah ich nach erfolgtem Abort eine schnelle Heilung der Melancholie eintreten. Verhütung einer neuen Konzeption ist bei den Fällen, welche einmal eine puerperale Psychose überstanden haben, dringend anzuraten.

Forensische Bedeutung.

In den schweren Fällen von Melancholie und halluzinatorischem Irresein kommt es am häufigsten zur Kindestötung, oft gleichzeitig mit suicidalen Neigungen.

Forensisch bedeutungsvoll können auch die kurzdauernden Störungen beim Gebärakt selbst werden.

Geburt und eventuelle Tötung des Kindes können in einem Dämmerzustand im Anschluß an die Eklampsie erfolgen.

Zur Entmündigung wird es verhältnismäßig selten kommen.

Literatur.

Die neueste Arbeit ist von

Runge, Ueber Generationspsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. 2. (Ausführliches Literaturverzeichnis.)

Alt, Abhandlung „Puerperalpsychosen" in Enzyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Anton, Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Aus Handb. d. Gynäkologie von J. Veit. 5. Bd. Wiesbaden, Bergmann, 1910.

Aschaffenburg, Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVIII, S. 337, 1901.

Arndt, R., Puerperalpsychosen. Arch. f. Gynäkol., Bd. XVII, H. 3.

Behr, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11, S. 522 und allgem. Zeitschr. f. Psych.

Barakoff-Dimitre, Du Rôle des Troubles de la Nutrition dans la Pathogénie de la folie puerpérale. Thèse de Paris 1902.

Blumenthal, S., Beitrag zur Lehre vom puerperalen Irresein. I.-D., Kiel 1903.

Braune, K., Protrahierte Delirien bei fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Berlin 1907.

Bretonville, P., Contribution à l'étude des psychopathies puerpérables. Thèse de Paris 1901.

des Colombiers, F., Essai sur la Fièvre dite de Lait. Thèse de Paris 1863.

Diskussion zu dem Vortrag von E. Meyer über puerperale Psychosen. Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin 1901.
Dörfler, Der Zustand der Gebärenden. Friedr. Bl., H. IV, 1893.
Dörschlag, Otto, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1886.
Debus, H., Ueber Bewußtseinslosigkeit während der Geburt. I.-D., Tübingen 1896.
Fellner, O., Ueber Graviditätspsychosen. Therapie d. Gegenw., 1908 Sept., S. 416.
Frank, W., Ueber Chorea gravidarum. I.-D., Kiel 1904.
Fürstner, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1874.
Göttsche, Johannes, Ueber Psychosen nach Eklampsie. I.-D., Kiel 1902.
Gourbeyer, J., Des Paralyses puerpérales. Paris 1861. Extr. des Mémoires, de l'acad. impér. de méd., Tome XXV.
Hallervorden, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, S. 661.
Heilbronner, Studien über eine eklamptische Psychose. Monatsschr. f. Psych., Bd. XVII, H. 3.
Herzer, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen (Generationspsychosen). Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, Nr. 2, S. 244.
Hobbs, The role of wound-injektion as factor in the causation of insanity. Amer. Journ. of. ins., Nr. 13, 1899.
Hirsch, W., Puerperal insanity. The med. Rec., Bd. LVII, 1900.
Mlle Heyn (Salomé), Contribution à l'étude de la Grossesse Imaginaire. Thèse de Paris 1896.
Hoche, Ueber puerperale Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, S. 612.
Hoppe, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit). Arch. f. Psych., Bd. XV, S. 137 (gutes Literaturverzeichnis).
Jaisson, Les psychoses puerpérales. Thèse de Paris 1898. Rev. neurol., Nr. 25.
Jelly, Puerperal insanity. Boston med. and surg. Journ., Bd. CXLIV, p. 271 u. 286, 1901.
Jolly, Die Indikation des künstlichen Abortus bei der Behandlung der Neurosen und Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 47, S. 194, 1901; Neurol. Centralbl., Nr. 21, S. 1022, 1901.
Jolly, Ueber Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. [illegible].
Jörg, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837.
Kroner, Chorea gravidarum. I.-D., Berlin 1896.
Knauer, Aetiologische Zeit-Streitfragen bezüglich der sog. Puerperalpsychosen. Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, S. 1272, Jahresb. 1897.
Derselbe, Ueber puerperale Psychosen. Monographie, Berlin.
Lane, Puerperal insanity. Boston med. Journ., Bd. CXLIV, a. 606 u. 614.
Lévy, E., Les psychoses puerpérales traitées à l'asile de Bel-Air 1901—08. Rev. méd. de la Saine Romande, Nr. 11. p. 694.
Macdonald, C. F., Puerperal insanity, a coursory view of the general practitions. Med., Nr. 7, p. 237.
Marc, Traité de la folie des femmes enceintes. Paris 1858.
Mayer, Louis, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870.
Meyer, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr., Bd. XXXI, 1901.
Derselbe, Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat für die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Sonderabdruck aus der Orthschen Festschrift.
Derselbe, Ueber Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., 48. Bd., H. 1.
Oeconomakis, Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen. Griech. Arch. f. Med., Nr. 7—8, Athen 1909.
Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XXI, H. 2.
Ortscheit, A., Ueber die Beziehungen der Genitalleiden zu Neurosen u. Psychosen beim weiblichen Geschlechte. I.-D., Straßburg 1888.
Poulsen Arne, Nogle bemärkningen om puerperal psychosen. Hosp. Tid. 4, Bd. VIII, p. 10.
Péraud, A. M. E., Etude historique et clinique sur la Fièvre de Lait. Thèse de Paris 1887.
Puerperalpsychosen-Diskussion im Lancet. Centralbl. f. Gynäkol.. Juni 1903.
Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographie, Stuttgart 1877.
Rohé, G. H., Lactational insanity. Rev. to Journ. Amer. med. Assoc., September 1893.
Rohde, Ueber puerperale Psychosen. Deutsche Praxis, Nr. 1 u. 2, 1898.
Roustan, De la Psychicité de la femme pendant l'Accouchement (Etude de Responsabilité). Thèse de Bordeaux 1900.

Sander, Ein Fall von posteklamptischem Irresein mit Amnesie. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, S. 1273, Jahresb. 1897.

Sarwey, O., Die Diätetik der normalen Geburt. Handb. d. Geburtsh., Bd. I, H. 2, S. 1119.

Scherer, M., Ueber die Geistesstörungen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft des Weibes. I.-D., Kiel 1905.

Scheven, Zur Frage des puerperalen Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, S. 1195.

Schmidt, Martin, Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1880.

Schramm, Zur Milchfieberfrage. Würzburg 1868.

Schrock, Otto, Ueber Chorea gravidarum. I.-D., Königsberg 1898.

Semon, M., Polyneuritis u. Korsakowsche Psychose bei Koli-Pyelitisin der Gravidität. Med. Klin. Nr. 32, 1909, S. 1185.

Siegenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Wien 1898.

Derselbe, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Jahrb. f. Psych., 17. Bd., 1895, S. 87.

Siemerling, E., Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annal., Bd. XIV.

Derselbe, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.

Derselbe, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., 13. Jahrg.

Sigwart, W., Selbstmordversuch während der Geburt. Arch. f. Psych., Bd. 42, H. 1.

Weebers, W. Th. M., Over Puerperalpsychosen. I.-D., Leyden 1897. (Sehr gute Monographie mit historischer Einleitung.)

Weisskorn, Josef, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt und im Wochenbett. I.-D., Bonn 1897.

Westphal, Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., 18. Jahrg.

Die Imbezillität.

Von

A. Hoche, Freiburg.

Zunächst einige Worte über die Nomenklatur, der wir uns bedienen wollen. Man unterscheidet bei Zuständen psychischer Schwäche von jeher angeborene und erworbene Störungen; zu den angeborenen gehören in praktischer Hinsicht auch die infolge von Schädlichkeiten bei der Geburt und infolge ganz früh eintretender Krankheiten entstandenen. Die Unterscheidung ist im übrigen bei der ganzen Krankheitsgruppe im wesentlichen eine quantitative. Wir nennen **Schwachsinn** die geringeren, **Blödsinn** die höheren Grade. Ist der Schwachsinn angeboren, so wird er auch **Imbezillität**, bei ganz leichten Graden Debilität genannt. Der angeborene Blödsinn wird als **Idiotie** oder Idiotismus bezeichnet. Die psychische Schwäche beim Kretinismus (und beim Myxödem) kann je nach ihrem Grade zu der einen oder anderen Kategorie gehören. Als **Demenz** bezeichnen wir in der Regel die im Laufe des Lebens erworbenen geistigen Schwächezustände, soweit sie dauernd und unheilbar sind. Die Demenz stellt bei einigen Erkrankungsformen den gesetzmäßigen Ausgang dar (Dementia paralytica z. B.). Bei anderen tritt sie in größerer oder geringerer Häufigkeit ein (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose, multiple Sklerose, Hirntrauma u. dgl.).

Bei allen hier zu schildernden Störungen sind wir über die anatomische Grundlage der Veränderungen im einzelnen noch ungenügend unterrichtet. Im allgemeinen haben Beobachtungstatsachen aus dem Gebiete der Lehre vom Schwachsinn wesentlich dazu mitgewirkt, unsere Anschauungen über die Abhängigkeit der geistigen Prozesse nicht nur von der Beschaffenheit des Gehirnes im allgemeinen, sondern von derjenigen bestimmter Hirnteile zu entwickeln. Wenn auch für die Mehrzahl der Fälle von Geistesstörung überhaupt eine pathologische Anatomie nicht existiert, so zweifeln wir doch nicht daran, daß bei den angeborenen, ebenso wie bei den später erworbenen Schwachsinnsformen höheren Grades regelmäßig parallel gehende gröbere oder feinere Veränderungen des Zentralorganes vorhanden sein müssen, und die wachsende Erfahrung drängt zu der Annahme, daß wir in der mangelhaften Entwicklung oder Zerstörung derjenigen Bahnen, die der Verbindung der verschiedenen Hirngebiete untereinander dienen, die eigentliche Grundlage für die

klinischen Erscheinungen der geistigen Schwäche zu suchen haben. Je mehr, im psychologischen Bilde, die Möglichkeit, Sicherheit und Leichtigkeit einer vielseitigen Verknüpfung der geistigen Prozesse ausgebildet ist, um so reicher und wertvoller ist ein Geistesleben.

Die materielle Voraussetzung für einen glücklichen Ablauf dieser Akte der Verknüpfung der verschiedenen seelischen Prozesse suchen wir in der normalen Beschaffenheit eben jener, die verschiedenen Hirnteile miteinander verbindenden Bahnen.

Die Einteilung der verschiedenen Formen geistiger Schwäche baut sich vorläufig ausschließlich auf den klinischen Erscheinungsformen auf.

Die Imbezillität.

Von den höchsten Formen persönlicher geistiger Entwicklung führen über die Zwischenglieder der „guten Veranlagung“, der „Durchschnittsbegabung“, des „mäßigen Kopfes“, der „Beschränktheit“, unzählige Abstufungen bis zu den höchsten Graden fast tierischen Blödsinns. Wenn wir eine Reihe von hundert Fällen nebeneinander stellen könnten, an deren einem Ende ein gut oder durchschnittlich begabtes Individuum, an deren anderem Ende ein Idiot stände, so wäre zwar der Unterschied zwischen diesen beiden Endpunkten ein sehr deutlicher und unverkennbarer; die Unterschiede aber, die jeder einzelne Fall in der fortlaufenden, gleichmäßig abgestuften Reihe im Vergleich mit seinem Nachbar aufweisen würde, sind so gering, daß es ganz unmöglich ist, theoretisch an einem bestimmten Punkte die geistige Anomalie beginnen zu lassen. Es kommt dazu, daß auch bei den Individuen, die wir als geistig normal ansehen, außerordentlich große Verschiedenheiten in der Verteilung der „Begabung“ auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens vorkommen, daß bei sonst im allgemeinen guten Fähigkeiten bestimmte Anlagen, z. B. zur Mathematik, zur Philosophie, zur Musik, zu praktischer Betätigung usw. ganz unausgebildet und auch nicht bildungsfähig sein können, ohne daß die Träger dieser Form der geistigen Beschaffenheit dadurch als abnorm auffielen; ja es können solche groben Mängel praktisch überkompensiert werden durch hervorragende Fähigkeiten in anderer Richtung. Es gibt keinen Normalstatus des geistigen Lebens, wie es ein körperliches Normalmaß für die einzelnen Altersstufen, Geschlechter, Rassen oder ein Normalgewicht z. B. für die einzelnen Jahrgänge des heranwachsenden Lebensalters gibt. Immerhin werden wir auch bei Beurteilung der geistigen Beschaffenheit eines Menschen das bei Gewinnung jener Normalwerte nützliche Verfahren anzuwenden versuchen: Vergleichung des zu Prüfenden mit dem Durchschnitt seines Alters und seines Standes. Für die gröberen Abweichungen vom Durchschnitt werden wir damit bald einen Maßstab gewinnen, namentlich wenn wir die praktische Probe auf die geistige Organisation eines Menschen gemacht sehen in seiner mehr oder weniger ausgebildeten Fähigkeit, den durchschnittlichen Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Bei einer nicht kleinen Zahl aus der Gruppe der Schwachsinnsfälle leichten Grades, die in der relativ geschützten Lebensperiode der ersten 15—20 Jahre nicht aufgefallen sind, enthüllt sich die geistige Minderwertigkeit in der Unfähigkeit, die Forderungen zu erfüllen, die das Hinaustreten in das selbständige Leben an den Heranwachsenden stellt. Auf-

gabe einer sachkundigen Untersuchung des Geisteszustandes ist es dann, festzustellen, durch welche Mängel der einzelnen Seiten des geistigen Lebens diese praktische Unbrauchbarkeit des Individuums bedingt wird; der Nachweis der geistigen Schwäche bei den leichten und leichtesten Graden gehört, wie schon hier bemerkt sein mag, zu den schwierigeren Aufgaben der psychiatrischen Diagnostik.

Die hier zunächst zu behandelnde **Imbezillität**, die angeborene oder früh erworbene Geistesschwäche, wird klinisch begrenzt auf der einen Seite von den noch nicht als krankhaft zu bezeichnenden Formen der „Dummheit“ und „Beschränktheit“, auf der anderen Seite von den höheren und höchsten Graden des Schwachsinns, die wir als Idiotie bezeichnen.

Ehe wir auf das klinische Bild der einfachen Imbezillität näher eingehen, wollen wir einen kurzen Blick werfen auf die normale, geistige Entwicklung eines durchschnittlich veranlagten Individuums.

Das Kind macht zunächst einzelne sinnliche Wahrnehmungen und erwirbt dadurch eine bestimmte Summe von Vorstellungen der Außenwelt und des eigenen Körpers. Bei häufiger Wiederkehr der einzelnen Wahrnehmungen ordnen sich dieselben nach dem Gesichtspunkt der Aehnlichkeit und Unähnlichkeit, durch Unterscheidung des Trennenden und Zusammenfassen des Gemeinsamen, zu Gruppen. Wesentliche und unwesentliche Merkmale werden geschieden; mit Hilfe des Gedächtnisses, das die zeitlich voneinander entfernten Wahrnehmungen miteinander in Verbindung setzt, entwickeln sich aus der Fülle der einzelnen sinnlichen Vorstellungen die begrifflichen, die dann durch die Sprache festgelegt werden. Dieser Vorgang, der normalerweise in der frühesten Kindheit beginnt, dauert an, solange ein Mensch überhaupt Erfahrungen macht. Alle neuen Eindrücke werden entweder in schon vorhandenen Begriffsfächern untergebracht, oder sie geben Anlaß zur Bildung neuer solcher. Wenn es sich nur um das praktische Bedürfnis einer einfachen Lebensführung handelt, so genügt im allgemeinen der mit dem „Erwachsensein“ erreichte Grad der Begriffsbildung. Bei höherer geistiger Entwicklung wird nun mit den sprachlich fixierten Begriffen, denen keine sinnliche Beimengung mehr eigen zu sein braucht, weiter operiert. Die höchsten, begrifflichen Abstraktionen endlich haben gar keine Beziehung mehr zu irgendeiner Form des Sinnlichen. — Von vornherein sind die sinnlichen Wahrnehmungen und Vorstellungen mit einem bestimmten Gefühlston verbunden, der sich nach den zwei Richtungen der Lust und Unlust erstreckt. Allmählich bekommen aber auch die Begriffe einen besonderen Gefühlston, bei welchem neben der mitgebrachten persönlichen Anlage Beispiel, Erziehung und Umgebung außerordentlich stark mitwirken. Sie erhalten dadurch einen subjektiv anderen Wert und werden zu bestimmenden Motiven des Handelns. Solche durch die Gefühlsbetonung auf den Willen wirkende Begriffe sind z. B. Scham, Ehre, Recht, Pflicht. Ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen dem geistig gesunden, erwachsenen, reifen Menschen und dem unreifen, heranwachsenden besteht darin, daß bei jenem die vorausgehende Erfahrung schon Kategorien gebildet hat, in denen neu gemachte Wahrnehmungen, neue Vorstellungen, auftretende Wünsche u. dgl. sozusagen mit abgekürztem Verfahren eingeordnet werden und die ihrem Werte für das Individuum entsprechende Stelle erhalten. Je nachdem diese Einordnung auch neuen und überraschenden, vielleicht erregenden Erfahrungen gegenüber rasch, ohne Schwankungen und an endgültiger Stelle, oder zögernd, unsicher und falsch geschieht, schreiben wir einem Menschen ein größeres oder geringeres Maß von Urteil und Urteilssicher-

heit zu. Die Ausbildung der Urteilsfähigkeit ist nun der eigentliche Maßstab für den intellektuellen Wert eines Menschen, und gerade bei allen Zuständen geistiger Schwäche ist, trotz der Vielgestaltigkeit der Bilder im einzelnen, die Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit das wichtigste, das eigentlich entscheidende Symptom. — Die bei der Urteilsbildung stattfindenden Vorgänge sind nun nicht allein auf das Gebiet der verstandesmäßigen Operationen beschränkt; von großem Einfluß ist dabei die persönliche, individuelle, außerordentlich verschiedene Art der Gefühlsbetonung des intellektuellen Geschehens. In Betracht kommt dabei vor allem die Leichtigkeit, mit der überhaupt bei dem Einzelnen Gefühle erzeugt werden, die Dauerhaftigkeit derselben, die, wie die Erfahrung lehrt, häufig im umgekehrten Verhältnis zu der Leichtigkeit ihrer Entwicklung steht, die besondere Richtung derselben u. dgl. m. Lebhafte Gefühle stören im allgemeinen den Vorstellungsablauf bei der Urteilsbildung; im besonderen verhindern sie die ruhige Abwägung durch die gesetzmäßige, eventuell bezwingende Uebermacht der lebhaft vom Gefühle betonten Vorstellungen.

Die verschiedenartigen Kombinationen von höherer oder niedrigerer intellektueller Veranlagung mit den mannigfachen Gestaltungen des persönlichen Gefühlslebens lassen schon innerhalb der Grenzen der sozialen Brauchbarkeit eine lange Reihe verschiedener individueller Typen in bezug auf das Urteilsvermögen entstehen; so kennen wir, um einige der bekannteren Erscheinungsformen herauszugreifen, Menschen von „langsamem Urteil", die, wenn ihnen die Umstände genügend lange Zeit lassen, schließlich sicher das Richtige treffen, andere von „unsicherem Urteil", die gegen Stimmung und fremde Einflüsse wenig widerstandsfähig sind, andere, die „nichts dazu lernen", d. h. durch Erfahrungen, auch durch solche übler Art, keinen Zuwachs an Urteilsvermögen erlangen. Eine Stufe tiefer treffen wir die „Beschränkten", deren Urteil in kleinem ruhigen Lebenskreise und bei glattem Lauf der Dinge genügend sicher ist, um ihnen bei ihrer Lebensführung als Leitung zu dienen, aber nicht ausreicht, um ihnen bei plötzlichen, großen Entscheidungen in ungewöhnlichen Verhältnissen oder gegenüber neuen größeren Aufgaben rasch und sicher den rechten Weg zu weisen. In dieser Kategorie von Individuen finden wir nun schon solche, die man mit demselben Rechte der noch normalen Beschränktheit, wie der bereits krankhaften Geistesschwäche zurechnen könnte.

Wenn wir die bei der Imbezillität vorhandenen intellektuellen Störungen, die in ihrer Gesamtheit das Bild der psychischen Schwäche zusammensetzen, durchgehen, so treffen wir zunächst Veränderungen in der Aufnahme und Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen.

Jeder äußere Reiz wird zu einer Wahrnehmung erst durch Vermittlung der individuellen Beschaffenheit des wahrnehmenden Zentralorganes. Ist die Aufmerksamkeit herabgesetzt, das Interesse gering, so werden ungenaue Wahrnehmungen gemacht, die infolge der mangelhaften Entwicklung der normalerweise vorhandenen vielfachen Verknüpfungsmöglichkeiten nicht korrigiert und an falscher Stelle oder in falscher Gestalt eingeordnet werden; die neuen Eindrücke, die somit, weil sie keinen geeigneten Boden finden, als unvollständige oder direkt falsche Wahrnehmungen zum Bewußtsein kommen, sind dadurch nicht imstande, zu einer wirklichen Bereicherung der Erfahrung etwas beizutragen. Dazu kommt wahrscheinlich eine zeitlich meßbare Verlangsamung des zentralen Wahr-

nehmungsvorganges (als Teilerscheinung einer vielleicht allgemeinen Verlangsamung des geistigen Geschehens bei der Imbezillität), die dazu beiträgt, daß das wahrnehmende Bewußtsein äußeren Ereignissen nicht entsprechend rasch zu folgen vermag. Wenn nun auch richtige Wahrnehmung gemacht werden, so bleiben sie zunächst Einzelwahrnehmungen; sie sind nicht bestätigende, ausbauende, modifizierende Sonderfälle allgemeiner Gesetzmäßigkeiten, von denen in Gestalt eines Schlusses für die Zukunft ein verwertbarer Niederschlag bleibt; es fehlt auch wegen der Unbehilflichkeit und Langsamkeit des Gedankenganges gegenüber ungewohnten, überraschenden Eindrücken die Fähigkeit, mit normaler Schnelligkeit den entsprechenden Standpunkt dadurch zu gewinnen, daß das Neue rasch in die Reihe bekannter und in ihrer Bedeutung für das Individuum bereits geordneter und fest bewerteter Kategorien aufgenommen wird. (Diese Mängel erklären auch zum Teil die bei Imbezillen häufige abnorme Beeinflußbarkeit durch fremden Willen, wenn dieser in geschickter Weise die Langsamkeit des geistigen Geschehens durch Ueberrumpelung auszunutzen versteht.)

Werden von den Imbezillen ungenaue, unvollständige oder falsche Wahrnehmungen gemacht, so muß die spätere gedächtnismäßige Reproduktion derselben die gleichen Mängel aufweisen; unabhängig von dieser Störung pflegt das Gedächtnis der Imbezillen aber auch sonstige Beeinträchtigungen aufzuweisen. Die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, neues Gedächtnismaterial zu erwerben, kann quantitativ gut entwickelt sein, so daß Imbezille imstande sind, z. B. leicht mechanisch auswendig zu lernen und das Gelernte in der ursprünglichen Reihenfolge und Anordnung wiederzugeben; dieses sogenannte „mechanische Gedächtnis" kann auch bei bedeutendem Tiefstand des Urteils oder bei völligem Mangel desselben auffallend gut entwickelt sein; was aber bei den verschiedenen Schwachsinnsformen immer geschädigt wird, ist das „logische Gedächtnis", d. h. die Fähigkeit, früher Gelerntes, früher erworbenen geistigen Besitz in veränderter Anordnung oder in neugebildeten Formen wiederzugeben. Die normale geistige Entwicklung führt bei jedem Menschen von dem ursprünglich, in der Jugend, überwiegenden Gebrauche des mechanischen Gedächtnisses zu der später vorherrschenden Benutzung des logischen Gedächtnisses. Die logische Gliederung und vielfache Verknüpfung der einzelnen Bestandteile des Wissens macht es dem geistig normalen Erwachsenen möglich, von jedem beliebigen Ausgangspunkte her sein Wissen mobil zu machen; er ist dabei nicht gebunden an die ursprüngliche Reihenfolge, in der es aufgenommen worden war. Die Imbezillen bleiben in bezug auf die Funktion des Gedächtnisses auf der kindlichen Stufe stehen; ihr Gedächtnis versagt, wenn es sich darum handelt, kompliziertere Vorgänge oder Zusammenhänge wiederzugeben. Bei lebhafter Phantasietätigkeit, wie sie bei manchen Formen der Imbezillität vorhanden sein kann, werden die Lücken der Erinnerung dann leicht mit neugeschaffenen Pseudoreminiszenzen ausgefüllt („Fabulieren").

Neben den Störungen der intellektuellen Vorgänge finden sich beim Schwachsinn regelmäßig auch Anomalien der Gefühle und Affekte.

Zunächst ist die mangelhafte Ausbildung der Urteilsfähigkeit von Einfluß auf den Ablauf und die Aeußerungsweise aller gefühlsmäßigen Gemütsbewegungen. Die beim erwachsenen Geistesgesunden, aller-

dings in individuell sehr schwankendem Maße, vorhandene Fähigkeit, auf verstandesmäßigem Wege die zu Gemütsbewegungen Anlaß gebenden Erlebnisse auf ihre wirkliche Bedeutung hin zu prüfen, an festen inneren Maßstäben zu messen, Kontrastvorstellungen zu wecken und dadurch das gemütliche Gleichgewicht wiederherzustellen, fehlt beim Schwachsinn oder bleibt doch mangelhaft entwickelt. In doppelter Richtung ergibt sich daraus bei solchen Individuen ein Mißverhältnis zwischen dem Grade der Gefühlserregung und der Bedeutung des sie auslösenden Ereignisses, indem entweder an sich unbedeutende Dinge eine abnorm starke Gefühlsbetonung erfahren (Suicidium aus nichtigen Anlässen!), oder daß Erlebnisse von großer, vielleicht einschneidender persönlicher Bedeutung, wenn sie nur momentan keine geradezu aufdringliche Tragweite zeigen, abnorm geringfügige Gemütsbeteiligung zur Folge haben.

Während diese Störung des affektiven Lebens sekundär, durch einen Mangel an Ueberblick und Schätzung, veranlaßt wird, treffen wir bei der Imbezillität auch selbständige Veränderungen des Gefühlslebens der verschiedensten Art; als Haupttypen treten dabei hervor einmal die gesteigerte Erregbarkeit der Gefühle neben geringer Dauerhaftigkeit derselben, die, je nach den sonstigen persönlichen Komponenten, als Empfindlichkeit, Rührseligkeit, Reizbarkeit, Zornmütigkeit usw. in die Erscheinung tritt, und zweitens eine allgemeine Herabsetzung der Gefühlserregbarkeit in Gestalt von Gleichgültigkeit, Stumpfheit, Roheit. Die geringe Nachhaltigkeit der Gefühlserregungen ist einer der Gründe für die Unfähigkeit der Imbezillen, einmal gefaßte Vorsätze durchzuführen und fremden Beeinflussungen zu widerstehen. Auf das Vorkommen von Fällen mit anscheinend angeborenem und dauerndem Mangel einzelner Seiten des Gefühlslebens („moralisches Irresein“) wird noch zurückzukommen sein.

Aus allen diesen einzelnen psychischen Eigentümlichkeiten elementarer Art setzen sich nun die im klinischen Bild der Imbezillität in mannigfachen Kombinationen hervortretenden Züge zusammen: die Kleinlichkeit, das Haften am Einzelnen, sinnlich Wahrnehmbaren, die Inkonsequenz und Unselbständigkeit der Lebensführung, die Ueberschätzung der eigenen Person, die starke Ausbildung der egoistischen Interessen, die Leichtgläubigkeit, die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber fremdem Willen und eigenen eventuell abnormen Impulsen usw.

Verlauf und Formen.

Die erste Kindheitszeit der Imbezillen braucht nichts besonders Auffallendes darzubieten; die zeitlichen Schwankungen in dem Auftreten der verschiedenen äußerlich merkbaren Abschnitte der geistigen Entwicklung (z. B. der Moment des Aufhörens der Unreinlichkeit oder der ersten Sprachversuche), sind auch bei Individuen, die sich später normal entwickeln, so groß und von so vielen körperlichen Umständen abhängig, daß daraus keine bindenden Schlüsse gezogen werden können; (wir sehen dabei ab von den Fällen, bei denen cerebrale Erkrankungen in den ersten Lebensjahren mit ihren unverkennbaren körperlichen Folgen zu genauer Prüfung der psychischen Funktionen auffordern). Andere Male, bei höheren Graden der Imbezillität, ist auch schon im zweiten oder dritten Lebensjahre die Teilnahmlosigkeit des Kindes, das gering entwickelte „Kausalitätsbedürfnis“ auf-

fallend. Den eigentlichen Prüfstein bildet in der Regel aber erst der Eintritt in die Schule, wo sehr rasch wenigstens diejenigen erkannt werden, die ihrer Geistesbeschaffenheit nach nicht einmal das untere Niveau durchschnittlicher Bildungsfähigkeit erreichen. Vom Eintritt in die Schule an wird bei mittleren Graden des Schwachsinns der wachsende Unterschied gegen die Altersgenossen gewöhnlich in dem immer stärkeren Zurückkleiben deutlich merkbar; manchmal aber vermag längere Zeit hindurch, d. h. solange es sich dem Lernstoff gegenüber vorwiegend um Auswendiglernen handelt, ein gutes Gedächtnis die tatsächlich vorhandene minderwertige Veranlagung zu verdecken, ja sogar eine gute Bildungsfähigkeit vorzutäuschen. Tritt dann später, z. B. in den mittleren Gymnasialklassen, die Aufgabe der logischen Verarbeitung des Gelernten (Mathematik, deutschen Aufsatz) hinzu, so wird der Defekt der Urteilsfähigkeit deutlich, und die bis dahin mitgeschleppten Schüler „fallen ab". Bei den arbeitenden Klassen pflegt der Lehrlingszeit in Werkstatt oder Kontor die Aussonderung dieses Teiles der Schwachsinnigen zuzufallen. Mit dem Eintritt der Pubertätszeit bringt das Erwachen der sexuellen Gefühle eine neue Schwierigkeit in das Leben der geistig Minderwertigen, ebenso, wenigstens für den männlichen Teil, die durch die Volkssitte gegebene Verführung zum Alkoholgenuß, der, bei der geringen psychischen Widerstandsfähigkeit der Imbezillen, sie leicht in Konflikte mit Sitte und Gesetz hineintreibt. Eine böse Klippe, an der viele Schwachsinnige scheitern, ist dann weiterhin der Militärdienst; alljährlich werden in Deutschland zweifellos Hunderte von Imbezillen leichteren Grades zum Heeresdienste eingestellt, deren geistiger Zustand nicht erkannt wird, bei der allgemeinen Musterung auch nicht ohne weiteres mit Sicherheit erkannt werden kann, und vielfach Anlaß gibt zu Schwierigkeiten und ernsteren Zusammenstößen. Hierher gehört ein Teil der „schwer Erziehbaren", die wegen anscheinenderBöswilligkeit und Renitenz Anlaß zu Mißhandlungen durch Unteroffiziere und „alte Leute" geben, hierher auch ein Teil der Fälle von Widerstand gegen Vorgesetzte, Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung, Desertion usw. Ein Teil der weiblichen Imbezillen der entsprechenden Altersklassen fällt der Prostitution anheim.

In jedem Falle beeinträchtigt die Imbezillität die soziale Brauchbarkeit des Individuums, und die dies bedingenden Mängel werden häufig erst in dem Alter deutlich erkannt, in dem der geistig Vollwertige beginnt, eine mehr oder weniger selbständige Position im Leben zu erstreben oder zu erringen.

In welcher Weise nun im einzelnen sich die Lebensschicksale der Schwachsinnigen gestalten (von denen ein sicherlich ziemlich großer Teil niemals Gegenstand ärztlicher Untersuchung oder der Anstaltsbehandlung wird), hängt sehr wesentlich davon ab, in welcher Weise die psychischen Mängel auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens verteilt sind. Die Erfahrung hat dazu geführt, hier zwei große Hauptgruppen zu unterscheiden, die natürlich durch Uebergangsfälle miteinander verbunden sind. Die eine, wohl die größere, wird repräsentiert durch die mehr stumpfen Formen; es gibt dabei Fälle, bei denen Gefühlsleben und Verstandestätigkeit gleich mangelhaft entwickelt sind; die Stimmung ist indifferent und nicht sehr weitgehenden Schwankungen unterworfen; das Triebleben zeigt weder quantitative Steigerung noch qualitative Abweichungen. Der Mangel an lebhaftem Interesse, lebhaftem Begehren, das Fehlen der Initiative

erlaubt solchen Imbezillen, bei günstigen äußeren Verhältnissen ohne Konflikte im eng umgrenzten Kreise dahinzuleben, manchmal sogar ein bescheiden nützliches Dasein zu führen. Das volle Maß der tatsächlichen geistigen Unzulänglichkeit tritt erst hervor, wenn besondere Ereignisse den glatten Fluß der Tage unterbrechen und neue, überraschende Anforderungen an die Betreffenden stellen, z. B. selbständige Verwaltung des Vermögens nach dem Tode der Eltern, Uebersiedelung in fremde oder schwierige Verhältnisse oder dergleichen. Gar nicht selten geben solche plötzlichen Ereignisse den Anstoß zum Auftreten vorübergehender Zustände von ängstlicher Verwirrtheit mit oder ohne Sinnestäuschungen oder zur Bildung wahnhafter Vorstellungen, Dinge, die aber von episodischem Charakter, des Ausgleiches fähig bleiben können. Nicht selten führen, auch bei diesen stumpfen Formen, besondere Umstände: Verführung, Alkoholgenuß und dergleichen zu strafrechtlichen Konflikten, bei denen die Imbezillität vor Gericht häufig übersehen wird. — Ein anderes Bild geben diejenigen Fälle, die man als die erregte Form der Imbezillität zusammengefaßt hat. Bei diesen kann der Defekt auf intellektuellem Gebiete, speziell der Mangel der Urteilsfähigkeit, für die nähere und fernere Umgebung des Kranken lange Zeit hindurch verdeckt werden durch eine gewisse geistige Beweglichkeit und Phantasiebegabung, die, namentlich wenn das mechanische Gedächtnis gut entwickelt ist, einen trügerischen Reichtum an Wissen und Ideen vortäuscht. Die nähere Prüfung erweist das Wissen als oberflächlich, unvollständig, unverdaut, die Auffassungen als schief und ungenau und die Kranken selber ganz unfähig, mit ihrem Gedächtnismaterial in sachlich zutreffender oder fruchtbarer Weise zu operieren. Die lebhafte Phantasie führt bei der vorhandenen Urteilsschwäche unter Mitwirkung von Eitelkeit und Renommiersucht zu mehr oder weniger bewußten Fälschungen der Erinnerung, bei denen die Unterscheidung von bewußter Lüge und krankhaft gefälschtem Vorstellungsinhalt sehr schwer sein kann („pathologische Lügner"), Ein Teil der Hochstapler und Betrüger, die mit hochklingendem Namen, angeblichen Beziehungen und Verdiensten Schwindeleien ausführen, gehört in diese Gruppe der Imbezillen. Daß diese Individuen mindestens einen Teil der Vorspiegelungen im Momente selber glauben, erleichtert ihnen das überzeugende Auftreten.

Die Unstetigkeit des Wollens, das Schwanken und die geringe Nachhaltigkeit der Gefühle und Affekte, die mit der leichten Erregbarkeit derselben verbunden zu sein pflegt, gibt auch der ganzen Lebensführung solcher Imbeziller etwas Unruhiges und Sprunghaftes: Aufgeben der Stellung, Ortswechsel, Reisen, rasch ergriffene und wieder aufgegebene Projekte, dazwischen Unternehmungen, die zu strafrechtlichen Zusammenstößen führen usw.; an phrasenreichen Motivierungen pflegt es bei jeder neuen Entgleisung nicht zu fehlen, ebensowenig an dem Versuche, die Schuld in den Umständen, in besonderem Pech oder in fremder Bosheit zu suchen.

Eine kurze besondere Besprechung erfordert hier das sog. **„moralische Irresein"** („moralischer Schwachsinn", „moral insanity"), obgleich die Bedeutung der Frage nach der Existenz einer solchen Form geistiger Anomalie in erster Linie auf gerichtlich-psychiatrischem Boden liegt. Die Tatsache steht fest, daß es Individuen gibt, bei denen die (etwa zum Zwecke gerichtlicher Begutachtung) vorgenommene Untersuchung als hauptsächlichsten Mangel

eine herabgesetzte oder fehlende Erregbarkeit der höheren, speziell der sittlichen Gefühle erkennen läßt; dieser Mangel, der aus den Motiven des Handelns gerade diejenigen ausschaltet, die das Verhältnis des Einzelnen zur Familie und Gesellschaft bestimmen, macht die Träger dieser seelischen Eigentümlichkeit häufig zu „antisozialen" Elementen, die, je nach dem sonstigen Bildungsgrade, in mehr oder weniger grober Form in Zusammenstöße mit den durch Sitte, Ordnung und Gesetz gegebenen Normen geraten. Die Erfahrung hat gelehrt, daß im ganzen nur sehr selten die Diagnose eines „moralischen Irreseins" erlaubt ist, so selten, daß von manchen die Berechtigung einer solchen Diagnose überhaupt bestritten wird. Ein Teil der Fälle, die man hierher zu rechnen versucht sein könnte, entpuppt sich als gewöhnliche moralische Verkommenheit auf Grund schlechten Beispieles und schlechter Erziehung (z. B. bei den Abkömmlingen aus Verbrecherfamilien), ein anderer Teil betrifft Defektzustände bei Epilepsie, abgelaufene Fälle von Hebephrenie und Katatonie, oder Momentbilder aus dem zirkulären Irresein; endlich bleibt eine Anzahl von Fällen, bei denen neben der Abstumpfung der höheren Gefühle auch Mängel auf intellektuellem Gebiete, Anomalien des Triebleben und sonstige geistige und körperliche Zeichen degenerativer Veranlagung bestehen, welche die Diagnose einer allgemeinen geistigen Minderwertigkeit erlauben. In solchen Fällen darf man von „moralischem Schwachsinn sprechen, wenn man sich bewußt bleibt, daß man dabei den hervorstechendsten Zug eines im übrigen klinisch in die Kategorie der Imbezillität gehörenden Falles besonders betonen will. Es empfiehlt sich, um mögliche Mißverständnisse zu vermeiden, daß man die Bezeichnung „moralisches Irresein" möglichst wenig gebraucht.

Die **körperlichen Erscheinungen,** welche die Imbezillität begleiten, sind zum Teil direkt abhängig von dem Hirnprozeß, der auch als die Ursache der geistigen Schwäche anzusehen ist; hierher würden gehören: grobe Aenderungen der Schädelform, epileptische Krämpfe, Sprachstörung, hemiplegische Lähmungen und Kontrakturen, Wachstumsdifferenzen, Reflexanomalien usw. bei cerebraler Kinderlähmung; andere somatische Anomalien gehören in die Kategorie der Entartungszeichen: Asymmetrien des Gesichtsskeletts, Strabismus, kongenitaler Nystagmus, Anomalien der Zahnentwicklung, Iriskolobom, Schwachsichtigkeit, Epi- und Hypospadie, Ausbleiben oder Mangelhaftigkeit der Entwicklung der Mannbarkeitszeichen (Infantilismus) u. dgl. m. Diese „Stigmata" weisen darauf hin, daß in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens irgendwelche Einflüsse die regelrechte Entwicklung des Embryo gestört haben. Einen Maßstab für die große Häufigkeit solcher körperlichen Zeichen bei Imbezillität haben in letzter Zeit an vielen Orten systematisch durchgeführte Untersuchungen an Schulkindern gegeben.

Die **Ursache** der Imbezillität ist immer in Entwicklungsstörungen des Großhirns zu suchen, und zwar können alle beliebigen anatomischen Veränderungen dabei die Ursache abgeben. Manchmal sind es grobe Defekte („geheilter" Hydrocephalus internus, Meningitis, Encephalitis, Hämatome infolge Geburtstrauma, Porencephalie u. dgl.), andere Male Veränderungen, die wir bei makroskopisch scheinbar nicht verändertem Hirn einstweilen nur zum Teil nachweisen können. Frühzeitiger chronischer Alkoholgenuß der Kinder scheint Imbezillität erzeugen zu können.

Von größter Bedeutung sind erbliche Einflüsse, sei es in direkt erkennbarer Form, wie bei Lues und Alkoholismus der Eltern, oder in der allgemeinen Form der erblichen Beeinflussung des Keimes durch Faktoren, die in der nervösen Konstitution eines Erzeugers oder beider, oder der Ahnen, gegeben sind; die Imbezillität stellt eines der Glieder dar, in denen sich die fortschreitende erblich-nervöse Entartung aufeinander folgender Generationen ausspricht.

Die **Diagnose** der Imbezillität kann sehr leicht oder sehr schwer sein; ersteres ist der Fall bei den höheren Graden, die in weiterer quantitativer Steigerung zur Idiotie hinüberführen, letzteres bei den an der Grenze der normalen Beschränktheit stehenden Fällen. Hier handelt es sich zunächst um den Nachweis der psychischen Schwäche und dann um die Entscheidung der Frage, ob es ein angeborener, resp. früh erworbener Schwächezustand oder das Ergebnis eines Krankheitsvorganges ist, der im späteren Verlaufe eines normal beginnenden Lebens eingesetzt hat.

Um die psychische Schwäche eines Menschen in einem gegebenen Momente nachzuweisen, bedarf es einer systematischen Untersuchung der verschiedenen Seiten seines Seelenlebens. Am einfachsten festzustellen ist der Umfang des tatsächlichen Wissens, wobei als Maßstab der Vergleich mit geistesgesunden Gleichaltrigen gleichen Standes und entsprechender Erziehung zu gelten hat; der Besitz eines guten oder befriedigenden gedächtnismäßig erworbenen Wissensmaterials allein schließt, nach dem früher Ausgeführten, die Diagnose der Imbezillität nicht aus; vielmehr handelt es sich darum, zu prüfen, wie weit das Urteil das Gedächtnismaterial beherrscht. Es ist weiter festzustellen, wie weit von dem Individuum diejenigen Begriffe entwickelt sind, die wir als regelmäßigen Besitz der betreffenden Alters- und Bildungsklasse bei Normalen kennen, und wie weit der zu Untersuchende mit diesen Begriffen operieren kann; es gibt sich bei diesen Prüfungen Gelegenheit, ein Urteil über das Gefühlsleben, vielleicht auch über die Verhältnisse der Affekterregbarkeit zu gewinnen, obgleich gerade über diese letzteren Punkte die Art der Lebensführung und das Maß der tatsächlichen sozialen Brauchbarkeit besser Aufschluß gibt als die ärztlich ad hoc vorgenommene Prüfung; es kann deswegen unmöglich sein, im Momente, allein auf die Untersuchungsergebnisse hin, eine sichere Diagnose eines leichten Grades von Imbezillität zu stützen, während dieselbe aus dem ganzen bisherigen Verlaufe des Lebens sicher werden kann. Steht es nun fest, daß ein bestimmter Grad von geistiger Schwäche vorliegt, so ist noch die zweite, vorhin erwähnte Frage zu beantworten. Unterstützend wirkt es bei dieser Entscheidung, wenn eine bestimmte, klare Anamnese vorliegt, oder wenn der Nachweis einer anderweitigen Störung (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose oder andere organische Erkrankungen des Zentralnervensystems) möglich ist, in deren Gefolge erfahrungsgemäß geistige Defektzustände sich entwickeln. Am schwersten gewinnt man Sicherheit, wenn es sich um Schwächezustände bei jugendlichen Personen ohne organische Erkrankung handelt, und es ist manchmal nicht möglich, im Augenblick mit Sicherheit zu sagen, ob angeborene Imbezillität oder jugendliche langsame Verblödung vorliegt. In der Mehrzahl der Fälle aber, bei denen diese Unterscheidung in Frage steht, geben die begleitenden Symptome der jugendlichen Verblödungsprozesse den Hinweis auf den Charakter des Pro-

zesses; das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal aber ist zu suchen in der Art der geistigen Schwäche. Es besteht zwischen angeborener und erworbener Geistesschwäche ein Unterschied, wie, um ein Bild zu gebrauchen, zwischen einem nicht fertig gewordenen und einem nach der Vollendung eingestürzten Bauwerke; bei der erworbenen Geistesschwäche finden wir Reste und Spuren einer früher einmal vorhandenen geistigen Entwicklung, die nicht hätte stattfinden können, wenn von vornherein der im Moment der Prüfung nachgewiesene Defektzustand dagewesen wäre. — Als Muster einer Intelligenzprüfung muß die von Rieger veröffentlichte gelten [vergleiche Literaturverzeichnis]; Schemata zur Untersuchung sind auch von Sommer, Sioli und anderen angegeben worden.

Besondere Mühe hat man sich gegeben mit der Ausarbeitung feinerer und praktisch leicht zu handhabender Methoden für die Prüfung der Urteils- und Auffassungsfähigkeit (einfache Definitionen, Analyse von Sprichwörtern, Wiedergabe kleinerer Erzählungen usw.).

In bezug auf die **forensische Beurteilung** der Imbezillität im einzelnen muß auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie verwiesen werden; es sollen hier nur einige kurze Hinweise allgemeiner Art gegeben werden. Das Handeln Schwachsinniger kann von verschiedenen Seiten ihres krankhaften Geisteszustandes her beeinflußt werden; so kann z. B. die Urteilsschwäche die Individuen verhindern, die Tragweite, die möglichen schweren Folgen einer Handlung zu erkennen, die eigene finanzielle Leistungsfähigkeit richtig einzuschätzen, das Verwerfliche oder Bedenkliche einer Handlung einzusehen, fremden Zureden den genügenden Widerstand entgegenzusetzen usw.; besonders gegenüber eigenen starken Impulsen sexueller oder andersartiger Richtung pflegt bei Imbezillen die intellektuelle Widerstandskraft ungenügend zu sein, und dies namentlich dann, wenn zu der allgemeinen und dauerndem geistigen Minderwertigkeit noch besondere Umstände (Hitze, Alkohol, Erschöpfung, Affekte, Schwangerschaft, Menstruation) hinzukommen; andere Male ist das für die Art des Handelns Entscheidende das Fehlen eines normalen gefühlsmäßigen Maßstabes für die Qualität einer Tat; wieder bei Anderen die Neigung zum phantastischen Hineinspinnen in erträumte Situationen ohne Rücksicht auf reale Widerstände.

Die gerichtliche Beurteilung des Geisteszustandes Schwachsinniger, so leicht sie bei den höheren und höchsten Graden der Geistesschwäche sein kann, gehört bei den leichten Formen, die an die Grenze der normalen einfachen Beschränktheit anstreifen, zu den allerschwierigsten Aufgaben des Sachverständigen, deren Lösung nur derjenige übernehmen sollte, der seiner psychiatrischen Schulung sicher ist; für die Beurteilung sind beim Schwachsinn mehr wie bei anderen Zuständen geistiger Anomalie quantitative Unterschiede oftmals das allein Entscheidende, gleichviel ob es sich um die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit oder um bürgerliche Rechtsfragen handelt; übersehen darf dabei aber nie werden, daß bei der Imbezillität nicht nur ein Minus auf intellektuellem Gebiete, sondern auch prinzipiell gleichwertige krankhafte Störungen der anderen Seiten des Seelenlebens vorhanden zu sein pflegen.

Als Zeugen sind Imbezille nur mit großer Vorsicht zu gebrauchen; die vorhin erwähnten allgemeinen Mängel des Gedächtnisses und des Urteiles, die erhöhte Beeinflußbarkeit, eventuell die gesteigerte Phantasietätigkeit sind gerade für die Verwertung von Aussagen Imbeziller vor Gericht von großer Wichtigkeit; die Erfahrung lehrt, daß damit von richterlicher Seite im allgemeinen nicht genügend gerechnet wird.

Eine eigentliche **Behandlung** der Imbezillität existiert nur, soweit dieselbe mit Kretinismus oder Myxödem vergesellschaftet ist (siehe unten); es handelt sich ja in der Regel um einen auf Gründen der anatomischen Hirnbeschaffenheit beruhenden Entwicklungsstillstand, der auf therapeutischem Wege im gewöhnlichen Sinne nicht beeinflußbar ist. Die ärztliche Fürsorge hat für die erwachsenen Schwachsinnigen in erster Linie die frühzeitige Erkennung des abnormen Zustandes zur Aufgabe, aus der sich die sonstigen, im wesentlichen sozialen, Indikationen von selbst ergeben. In Betracht kommt dabei die Verhinderung ungeeigneter Versuche der Eltern, den Imbezillen in eine mehr der elterlichen Eitelkeit, als der tatsächlich vorhandenen Leistungsfähigkeit entsprechende Laufbahn hineinzudrängen, und die Auswahl einer geeigneten Beschäftigung, die Verhinderung des Eintritts zum Militärdienst, die Verhinderung der Eheschließung und eventuelle forensische Begutachtungen. Sehr wichtig ist es, daß die Imbezillen zur vollkommenen Alkoholabstinenz erzogen werden.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Fürsorge für die geistig Minderwertigen stellt die Einrichtung der **Hilfsschulen** für schwachbefähigte Kinder dar, die an einer Reihe von Orten ins Leben gerufen ist, an anderen in Bälde zu erwarten steht. (In Deutschland bestanden im Jahre 1908 schon 1050 Hilfsschulklassen mit 24—25000 Schülern.) Die Pädagogen haben die Belastung mit denjenigen schwachbefähigten Schulkindern, deren Störung quantitativ nicht so bedeutend ist, daß an eine gemeinsame Erziehung mit normalen Kindern überhaupt nicht zu denken ist, von jeher schwer empfunden; sie kommen im Unterricht nicht mit, hemmen den allgemeinen Fortgang im vorgeschriebenen Pensum und werden dabei doch stärker angestrengt, als ihrer psychischen Verfassung dienlich ist, abgesehen davon, daß sie leicht die Zielscheibe des Spottes der Mitschüler werden.

Die Aussonderung der für den gemeinsamen Unterricht nicht geeigneten Schulkinder erfolgt schon in den ersten Schuljahren unter gemeinsamer Tätigkeit von Lehrer und Arzt; (die Erkennung der überhaupt nicht Bildungsfähigen, der Idioten, ist natürlich nicht schwierig). An eine Prüfung der Sinnesorgane schließt sich die Beobachtung daraufhin an, ob das einzelne Kind voraussichtlich das Klassenpensum in der normalen Zeit wird erledigen können. Wird dies vom Lehrer verneint, so ist es Aufgabe des Arztes, auf Grund der körperlichen Untersuchung festzustellen, wie weit etwa körperliche Anomalien: Skrofulose, Rachitis, Anämie, Schwerhörigkeit u. dgl. Faktoren, die einer Behandlung und Besserung zugänglich sind, die geringe Leistungsfähigkeit des Kindes bedingen. Kommen die beteiligten Untersucher zu der Ueberzeugung, daß der Zustand des Kindes dasselbe zum gemeinsamen Unterricht mit geistig vollwertigen Genossen ungeeignet macht, so wird es — also nach vorausgehendem ein- bis zweijährigem Besuche der Normalschule (Volksschule, Bürgerschule) — dem Unterrichte in der Hilfsschule überwiesen, die im besonderen Lehrplan, beschränkter Schülerzahl und der verminderten Stundenzahl den individuellen Indikationen der geistigen Anomalie Rechnung trägt. Für Kinder der wohlhabenderen Kreise befinden sich an verschiedenen Orten Deutschlands Privatschulen für schwachbefähigte Kinder, die meist mit Internat verbunden sind und dadurch den ärztlich zu beratenden Leitern dieser Institute ein erhöhtes Maß erzieherischen Einflusses sichern; auch für die allgemeinen Volkshilfsschulen wird an manchen Orten erstrebt, die Auf-

sicht und Einwirkung der Schule nicht nur auf die Unterrichtsstunden zu beschränken.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse dieser Einrichtungen sind durchaus ermutigend; es steht zu hoffen, daß auch die Forderung der ärztlichen Mitwirkung bei der pädagogischen Arbeit an den Jugendlichen überhaupt immer allgemeiner erfüllt werden wird (Schulärzte).

Besonders wichtig ist bei der Einrichtung der Hilfsschule der Gesichtspunkt, daß sie gewissermaßen ein allgemeines und früh wirksames Filter darstellt, das aus der Bevölkerung diejenigen Individuen aussondert, von denen zu erwarten ist, daß sie ihrer geistigen Beschaffenheit nach keine vollwertigen Mitglieder der menschlichen Gesellschaft abgeben werden; es wird durch Einrichtung besonderer Listen möglich sein, daß z. B. Gerichte und Militärbehörden von vornherein, wenn sie mit diesen Persönlichkeiten in Berührung kommen, auf die geistige Minderwertigkeit aufmerksam gemacht werden, die, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, noch immer allzu oft, zum Schaden der Betroffenen, übersehen wird.

Für schwachsinnige Heranwachsende mit antisozialen Tendenzen kommt die Zwangserziehung in Frage (vgl. dazu die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie).

Literatur.

Berkhan, Ueber den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Braunschweig 1904.

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. (In Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten.)

Kreilsheimer. Ueber Idiotie und Imbezillität. I-D., Straßburg 1896.

L. Laquer, Ueber schwachsinnige Schulkinder. Halle 1902. (In Hoches Sammlung zwangloser Abhandlungen.)

Mendel, Artikel „Dementia" in Eulenburgs Realenzyklopädie.

Moeli, Die Imbezillität. Deutsche Klinik, 96. Lieferung.

Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen usw. Verh. der phys. med. Ges. in Würzburg. N. F., Bd. XXII.

Schob, Ueber Schwachsinnigenfürsorge; psych. neur. Wochenschrift 1910—11, Nr. 23.

E. Schultze, Ueber Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Verlag Gustav Fischer, Jena 1904.

Sollier, Der Idiot und der Imbezille. Deutsch von Brie, 1891.

J. Voisin, L'idiotie, 1893.

Weygandt, Ueber Idiotie; Referat, Dresden, 28. April 1905. Verlag C. Marhold, Halle a. S.

Derselbe, Leicht abnorme Kinder. Verlag C. Marhold, Halle a. S.

Die Idiotie.

Wie oben erwähnt, werden die stärkeren und stärksten Grade geistiger Schwäche, soweit sie angeboren oder ganz früh erworben und somit als eine Entwicklungshemmung anzusehen sind, als **Idiotie** (oder Idiotismus) bezeichnet. Von manchen werden Uebergangsformen zwischen Imbezillität und Idiotie als Halbidiotie unterschieden; nötig ist dies nicht, da die Grenze zwischen beiden genannten Formen, deren Trennung auf quantitativen Unterschieden beruht, notwendigerweise eine fließende sein muß. Für den praktischen Arzt ist die Imbezillität in ihren mannigfaltigen

Formen von größerer Bedeutung als die Idiotie; letztere, die auch weit leichter zu erkennen ist und der Beurteilung weniger Schwierigkeiten macht, interessiert in praktischer Hinsicht hauptsächlich diejenigen, die mit der Anstaltsfürsorge der Idioten betraut sind, da eine sachgemäße Pflege und, soweit dies überhaupt möglich, Erziehung und Ausbildung der Idioten nur in entsprechenden Anstalten ausführbar ist, (an denen zurzeit noch vielfach übrigens die ärztlichen Gesichtspunkte gegenüber den „pädagogischen" nicht die gebührende Würdigung finden); es werden hier nur die wichtigsten Punkte kurz besprochen werden.

Der Idiotie liegen ausnahmslos schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen (siehe unten) zugrunde, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch in äußerlich sichtbaren groben Bildungsabweichungen zutage treten; es ist zu erwarten, daß der Begriff der Idiotie später einmal eine Auflösung in verschiedene pathologisch-anatomisch und ätiologisch getrennte Unterabteilungen erfahren wird; einstweilen nötigt das praktische Bedürfnis und die Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse über die feineren Hirnstrukturabweichungen zu einer vorläufigen symptomatologischen Zusammenfassung.

Bei den tiefsten Graden der Idiotie, bei Fällen, die z. B. infolge von ausgedehnten Mißbildungen der nervösen Zentralorgane meist nur kurze Lebensdauer aufweisen, findet wohl gar kein bewußtes Seelenleben statt; diese stehen in bezug auf die psychischen Vorgänge etwa auf dem Niveau der experimentell des Großhirnes beraubten Tiere; es sind sozusagen vegetierende Reflexmaschinen.

Auf der nächst höheren Stufe kommt es zu Aeußerungen seelischer Vorgänge, Ausdrucksbewegungen der Lust und Unlust, Abwehrbewegungen und dergleichen, neben zahlreichen motorischen Aeußerungen elementarer Art, wie Grunzen, Reiben, Drehen, Schütteln, Lutschen, die mehr automatenhaften Charakter haben; es werden auf dieser Stufe Sinneswahrnehmungen gemacht, aber bei Wiederholung nicht wiedererkannt; lebhaft glänzende Gegenstände oder starke Geräusche fixieren wohl einmal flüchtig die Aufmerksamkeit. Von Erziehung ist natürlich keine Rede.

Höher stehen diejenigen Fälle, bei denen es zur Ausbildung einer wenn auch unvollkommenen, Sprache kommt, die ohne korrekten grammatischen Bau und ohne normale Artikulation doch den Zweck einer summarischen Verständigung über körperliche Bedürfnisse und subjektive Zustände der Freude oder des Mißbehagens zur Not erfüllen kann. Diese Individuen lernen allmählich ihre Umgebung kennen, unterscheiden ihre Pfleger von anderen Personen, finden ihr Bett, haben Abneigungen gegen bestimmte Eindrücke, z. B. gegen Lärm oder helles Licht, erwerben Gewohnheiten und sind in beschränktem Maße erziehungsfähig in bezug auf Reinlichkeit, Körperhaltung usw. An eine Schulbildung ist nicht zu denken.

Auch bei diesen Idioten ist, wie bei der Imbezillität, eine Trennung in stumpfere und erregte Formen möglich. Die stumpfe Idiotie macht sich schon in der frühen Kindheit in dem torpiden Wesen bemerklich; die Kinder schlafen mehr als andere; ihre Bewegungen sind langsam und unbeholfen; Sitzen und Gehen wird spät oder unvollkommen gelernt. Die erregten Formen fallen ebenfalls schon früh auf, und zwar durch ihre Unruhe und Beweglich-

keit; anfänglich sind es mehr elementare Bewegungen, die triebartig, in monotoner Wiederkehr, unaufhörlich stattfinden; später, wenn die Kinder gehen gelernt haben, ein fortwährendes Umherspringen, Greifen nach allem Erreichbaren, Herumzerren an belebten und unbelebten Dingen, Lachen, Händeklatschen, Grölen usw., kurz motorische Aeußerungen, die mit ihrer Sinnlosigkeit und Hartnäckigkeit die langmütigste Pflegeperson zur Verzweiflung treiben können. Stumpfe und erregte Formen, die wiederum ohne scharfe Grenze ineinander übergehen, zeigen im übrigen auf psychischem Gebiete vielfache Uebereinstimmung; Auch mit zunehmendem Lebensalter bleibt der Vorstellungsschatz ein geringer und erhebt sich nicht auf das Niveau des begrifflichen Denkens; das Gedächtnis kann in bezug auf mechanisches Einprägen genügend, ausnahmsweise sogar auffallend sein; einzelne besondere Fertigkeiten, z. B. manueller Art, können sich wohl entwickeln; das Gefühlsleben bleibt aber stumpf und beschränkt sich hauptsächlich auf körperliche Lust- und Unlustgefühle oder doch auf solche Interessen, die die eigene Person und das eigene Befinden angehen; im übrigen kommen auch bei diesen tiefstehenden Geistesschwachen im Affektleben große Differenzen vor; es gibt gutmütige, lenksame und boshafte, reizbare Idioten. Der Nahrungstrieb kann sich in tierischer Gefräßigkeit äußern; der Geschlechtstrieb, wenn er vorhanden ist führt häufig zu exzessiver Masturbation oder auch, bei körperlich kräftigen Idioten, zu gefährlichen Attentaten auf die erste beste Frauensperson, bei weiblichen zu schamlosem Preisgeben, gar nicht so selten mit dem Ergebnis der Schwängerung.

Die *körperlichen* Erscheinungen bei der Idiotie sind außerordentlich mannigfaltig. Es ist wichtig, zu wissen, daß *ausnahmsweise* Idiotie bei körperlich ganz *normaler Bildung* vorhanden sein kann; in der Regel aber bestehen zahlreiche Abweichungen von der Norm.

Ein Teil derselben (*Lähmungen, Kontrakturen, Reflexstörungen, halbseitige Wachstumsdifferenzen, Störungen der Augenmuskeln*, allgemeine oder halbseitige *Athetose, Chorea* usw.) hängt ab von derselben groben *Hirnveränderung*, die im psychischen Bild die hochgradige Geistesschwäche bedingt. Andere Störungen, wie die große Gruppe der *Anomalien in der Konfiguration des Schädels*, die *nicht Ursache*, sondern *Folge* der *Hirnanomalien* sind, bringen äußerlich direkt die Abweichungen im Bau des Gehirns zur Anschauung. Wieder andere gehören dem allgemeinen Gebiete der *Entwicklungshemmungen* an; es gibt Idioten, die fast sämtliche bekannte körperliche Degenerationszeichen an ihrem Körper *gleichzeitig* aufweisen.

Zu den körperlichen Störungen gehört auch die *Epilepsie*, die fast in einem Drittel der Fälle von Idiotie beobachtet wird.

Die **Ursachen** der Idiotie fallen großenteils mit ihrer **pathologischen Anatomie** zusammen.

Wir treffen hier zunächst grobe *Entwicklungshemmungen des Gehirns*, die wahrscheinlich schon in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens eintreten; es handelt sich dabei sowohl um *allgemeine Hemmung* des Gehirnwachstums, eine Verbildung oder *Nichtausbildung einzelner Teile* — der Windungen der Rinde sowohl, wie etwa des Balkens, des Thalamus opticus, ganzer Lappen oder Lappenteile usw.

Andere Male sind es früh einsetzende ausgedehnte *entzünd-*

liche Prozesse oder Erweichungsvorgänge (Hydrocephalus oder Porencephalie), Geburtstraumen, Encephalitis nach Infektionskrankheiten, Kopftraumen, Meningitis, diffuse Gliose (tuberöse hypertrophische Sklerose) und dergleichen mehr; als Ursache für einige dieser Veränderungen kommt der Alkoholismus oder die Syphilis der Erzeuger in Betracht. Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde von Idioten, die bisher trotz der großen Häufigkeit der Idiotie aus äußeren Gründen (z. B. ungenügender Einfluß der Aerzte in den betreffenden Anstalten) nicht in entsprechendem Maßstabe vorgenommen worden ist, wird später auch für die Fälle von scheinbar dunklem, ätiologischem Charakter Aufklärung verschaffen; die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, daß es sich dabei weniger oft, als man bisher annahm, um eigentliche Entwicklungshemmungen, als um feine und sehr früh einsetzende encephalitische Prozesse handelt.

Eine besondere Stellung nimmt die sog. „amaurotische familiäre Idiotie“ ein (rasche Verblödung in den ersten Lebensjahren, seltener zur Zeit der zweiten Dentition, Extremitätenlähmungen, retinale Veränderungen, Marasmus, event. epileptische Anfälle); die anatomische Untersuchung scheint hier noch verschiedene Gruppen aufdecken zu sollen. Auf die thyreogenen Schwachsinnsformen kommen wir im nächsten Abschnitt zurück. Die „mongoloide Idiotie“ („Mongolismus“, „mongolischer“, „kalmückischer“ Typus) ist in Deutschland weniger häufig als z. B. in England. Den Namen trägt diese Form der Idiotie wegen einer Reihe von eigentümlichen Bildungsanomalien: schiefstehende, geschlitzte Augen, Epicanthus, breite Nase, auffallend breite Backenknochen; daneben finden sich unregelmäßigere Verbildungen anderer Teile und eine abnorme Biegsamkeit der Gelenke.

In noch höherem Maße, als bei der Imbezillität, gilt es für die Idiotie, daß sie häufig das Endglied einer durch Generationen fortschreitenden Entartung darstellt; es macht sich dies namentlich darin geltend, daß nicht so selten eine ganze Reihe von idiotischen Kindern aus einer Ehe hervorgeht; der Degenerationsprozeß erreicht dann in diesen defekten Individuen, die für die Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommen, sein Ende.

Die **Diagnose** der Idiotie ist nicht schwer, soweit es sich nur um die Feststellung eines quantitativ bedeutenden geistigen Defektzustandes handelt. Die Abgrenzung gegen die Imbezillität ist für die Grenzfälle willkürlich, aber auch praktisch ohne große Bedeutung. Bei erwachsenen Idioten mit normaler Schädelbildung und fehlender Anamnese kann es schwer sein, festzustellen, ob es sich um angeborenen oder erst später, sekundär, entstandenen Blödsinn handelt; in Betracht kommen dabei differential-diagnostisch speziell die jugendlichen Verblödungsprozesse und die progressive Paralyse. Abgesehen von den bei der Diagnose der Imbezillität genannten psychologischen Unterscheidungsmerkmalen wird die progressive Paralyse durch die begleitenden organisch-nervösen Symptome, die jugendliche Verblödung in vielen Fällen auch spät noch an deren charakteristischen Merkmalen zu erkennen sein. Eine sichere Unterscheidung von Idiotie und Dementia praecox ist um so weniger unter allen Umständen zu verlangen, als es möglich ist (Kraepelin), daß der, seinem Wesen nach, allerdings heute noch unbekannte Prozeß, der der Dementia praecox zugrunde liegt, auch schon in der Kindheit einsetzen und das Bild der Idiotie erzeugen kann.

Die forensische Beurteilung der Idiotie ist einfach im Verhältnis zu den Schwierigkeiten, denen man bei der Imbezillität begegnen kann. Nur bei gröblicher Unwissenheit oder mangelhafter Untersuchung können die hohen Grade geistiger Schwäche, um die es sich hier handelt, übersehen werden. Der Kreis der von Idioten begangenen Delikte ist kein großer: das Häufigste ist wohl Diebstahl, Brandstiftung, Erregung öffentlichen Aergernisses oder unsittliche Attentate, seltener Körperverletzung. Von strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit ist keine Rede; in Fällen mit einseitigen Begabungen ist dem Richter der Tiefstand des Urteiles zu demonstrieren. In zivilrechtlicher Hinsicht gilt, daß die Entmündigung, obgleich es sich um hochgradige „Geistesschwäche" handelt, doch wegen „Geisteskrankheit", als der im Sinne des Gesetzes intensiveren Störung, die eines höheren Maßes von Rechtsschutz bedarf, auszusprechen ist. Als Zeugen sind Idioten im Zivil- wie im Strafverfahren nicht zu brauchen.

Die **Prognose** der Idiotie ist natürlich eine sehr ungünstige; ein abgelaufener Hirnprozeß ist keiner irgendwie gearteten Behandlung zugänglich. Im übrigen hängen die Aussichten auch von begleitenden Umständen ab; Fälle mit häufigen epileptischen Anfällen zeigen oft ein rascher fortschreitendes Sinken des geistigen Niveaus. Daß Maß der ceteris paribus erreichbaren Ausbildung der Reste von geistigem Leben hängt davon ab, ob und in welchem Zeitpunkte der Kranke sachgemäßer Fürsorge in einer Idiotenanstalt zugeführt wird.

Die **Behandlung** des meist abgeschlossenen Hirnprozesses bei der Idiotie ist aussichtslos. Die in Frankreich eine Zeitlang geübte Aufmeißelung des Schädels bei Mikrocephalie ist wieder aufgegeben worden; die Voraussetzung, von der sie ausging, daß die Raumbeengung durch den knöchernen Schädel das Hirn in der Entwicklung hemme, ist längst als irrig erkannt worden.

Die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Idiotie besteht in erster Linie darin, daß er auf möglichst frühzeitige Unterbringung in einer Idiotenanstalt dringt; die Wahl derselben hängt von örtlichen und finanziellen Umständen ab; im Zweifelsfalle ist die Anstalt vorzuziehen, die dem ärztlichen Einfluß am meisten Raum gewährt.

Literatur.

(Vgl. die bei der Imbezillität genannten Schriften.) Außerdem:

Anton, Entwicklungsstörungen des Gehirns. Im Handbuch der pathol. Anat. des Nervensystems von Flatau und Jacobsohn.

Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

Hammarberg, Studien zur Klinik und Pathologie der Idiotie. Uebersetzt von Berger, 1895.

Sachs, Die amaurotische familiäre Idiotie. Deutsche med. Wochenschr., 1898.

Schröter und Wildermuth, Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.

Vogt, Ueber familiäre amaurotische Idiotie und verwandte Krankheitsbilder. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., XVIII.

Weygandt, Ueber Idiotie. Verlag C. Marhold, Halle a. S., 1906.

Kretinismus und Myxödem.

Unter **Kretinismus** versteht man einen endemisch auftretenden Zustand angeborener, dauernder, geistiger Minderwertigkeit, der verbunden ist mit bestimmten Veränderungen des knöchernen Skelettes, Hautveränderungen und einer Hemmung der geschlechtlichen Entwicklung, einen Zustand, als dessen Ursache Funktionsstörungen der Schilddrüse angesehen werden. Nach dem Grade der Ausbildung der spezifisch kretinistischen Erscheinungen unterscheidet man in absteigender Reihe: Zwergkretinen, Halbkretinen und Kretinoide.

Ein äußerlich hervortretender Kropf, den man früher als einen wesentlichen Bestandteil im Bilde des Kretinismus ansah, ist, wie wir heute wissen, nur in einem Teil der Fälle vorhanden; es schließt das nicht aus, daß trotzdem Anomalien der Schilddrüse vorhanden sein können, die sich zufällig dem Nachweis durch den palpierenden Finger entziehen oder an sich nicht palpabel sind.

Ausgesprochene Fälle von Kretinismus fallen ohne weiteres durch ihren charakteristischen Habitus auf: Zwergwuchs, verkrümmte, verdickte Extremitäten, großer Kopf, eingedrückte Nasenwurzel; an der Haut fällt in erster Linie die eigentümliche Verdickung auf, die an bestimmten Stellen besonders deutlich ist: Augenlider, Lippen, Backen, Nacken und Schlüsselbeingruben. Die Hände und Füße sind häufig unförmig oder abnorm klein; die Haarentwicklung bleibt mangelhaft; die einzelnen Haare lassen sich leicht herausziehen, die Nägel bleiben defekt; die Haut ist trocken, die Sekretionen derselben sind gering. Mit zunehmendem Alter schwindet die eigentümliche, teigige Schwellung der vorhin erwähnten Hautstellen, und es entsteht dadurch eine ausgedehnte Bildung von Runzeln und Falten, die speziell dem Gesichte schon früh den Ausdruck des Greisenhaften verleihen. Die Farbe der Haut ist im allgemeinen ein schmutziges Gelb, in Fällen, die von der freien Luft abgeschlossen aufwachsen oder leben, ein kreidiges Weiß. Abgesehen von der Haut zeigt auch die Zunge und die Gebilde im Rachen, speziell die Rachenmandel eine ausgedehnte Schwellung, die zur Mundatmung zwingt und dadurch in Verbindung mit den wulstigen Lippen und dem häufigen Speichelfluß dem Gesichte ein besonders charakteristisches Gepräge gibt. Auch die sehr häufige Schwerhörigkeit oder Taubheit wird auf die Veränderung der Rachenorgane zurückgeführt. Der Gang der Kranken ist häufig ein schwerfälliger, watschelnder. Aus den abnormen Belastungsverhältnissen heraus entsteht nicht selten eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Genitalien bleiben auf kindlicher Stufe oder doch in einem Stadium mangelhafter Entwicklung. In Gegenden, in denen Kretinismus vorkommt, trifft man leichte körperliche Zeichen kretinoider Art häufig auch bei solchen Individuen, die in psychischer Beziehung intakt sind oder an nicht kretinistischen Geistesstörungen erkranken.

Von episodischen Ereignissen sind in erster Linie epileptiforme Krämpfe zu erwähnen. Auf psychischem Gebiete besteht in allen Fällen eine Beeinträchtigung, die nichts Spezifisches hat und quantitativ von den höchsten Graden der Idiotie bis zu eben

nachweisbarem Schwachsinn schwankt. Ein Teil der Kranken ist dadurch dauernd auf fremde Pflege und Hilfe angewiesen, während die leichteren Grade der psychischen Beeinträchtigung eventuell ein bescheidenes Maß von Ausbildung und sozialer Brauchbarkeit erlauben. Der bei dem Kretinismus vorhandene Schwachsinn gehört in der Regel zu den sog. stumpfen Formen. Das Bild der agilen Idiotie sucht man beim Kretinismus vergeblich.

Das Wesen der Krankheit besteht nach der heute geltenden Lehre in einer Störung der Funktion der Schilddrüse. Wir wissen, daß die Schilddrüse für den inneren Stoffwechsel des menschlichen Organismus unentbehrlich ist, und daß Beeinträchtigung oder Aufhebung der Funktion der Schilddrüse niemals ohne mehr oder weniger schwere Schädigung des Gesamtorganismus ertragen wird. Bei dem Kretinismus ist das Besondere der Umstand, daß diese Einwirkung von früher Jugend an stattfindet und dadurch den in der Ausbildung und Entwicklung begriffenen Organismus trifft. Hieraus erklärt sich die so weitgreifende Veränderung speziell des Knochensystems, die niemals in denjenigen Fällen erreicht wird, bei denen die Schilddrüse erst im späteren Leben aus irgendwelchen Gründen ihre Funktion einschränkt oder einstellt. (Welche anatomischen Veränderungen der Schilddrüse dabei wesentlich sind und durch welche chemischen Vorgänge die Beeinflussung des Organismus stattfindet, darüber wissen wir im einzelnen trotz zahlreicher Arbeiten nichts Sicheres.)

Die anatomischen Veränderungen im Körper der Kretinen sind im ganzen noch wenig bekannt, was sich aus der relativen und immer mehr zunehmenden Seltenheit der Fälle leicht erklärt. Am Knochensystem ist eine stark verspätete Verknöcherung der Epiphysenlinien konstatiert worden. Die Befunde der Hirnrinde sind vereinzelt Gegenstand der Untersuchung gewesen; definitive Ergebnisse stehen noch aus.

Als eigentliche Aetiologie der Schilddrüsenerkrankung, die ihrerseits wieder das ganze Bild des Kretinismus erzeugt, ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein organisierter Krankheitserreger anzusehen, der im Trinkwasser zu suchen sein dürfte. Der Kretinismus ist an bestimmte Oertlichkeiten gebunden. Vor allem sind Bergländer (die westlichen Zentralalpen, die Ostalpen [Steiermark und Kärnthen], in geringerem Maße der Schwarzwald, vereinzelt die Vogesen, das Unterneckartal, Unter- und Mittelfranken) die Gegenden, in denen Kretinismus sich findet. In der Pfalz und im Saaletal ist der Kretinismus fast ganz verschwunden, und auch in den übrigen genannten Gegenden ist in der letzten Zeit ein starker Rückgang der Erkrankungsziffer zu verzeichnen, der zum Teil der verbesserten Einsicht in die Ursachen der Störung, zum Teil der allgemeinen Hebung der Lebenslage der dortigen Bevölkerung zu verdanken ist.

Bei der Diagnose können Verwechslungen mit Zwergwuchs anderer Entstehungsart, mit Idiotie bei Rachitis oder mit Rachitis allein oder auch mit Myxödem vorkommen. Einen Fingerzeig wird immer schon die Herkunft aus einer des Kretinismus verdächtigen Gegend abgeben.

Die Behandlung des Kretinismus besteht bei denjenigen Fällen, die erst im dritten Jahrzehnt oder noch später einer Therapie unterzogen werden können, im wesentlichen in einer dem jedesmaligen geistigen oder körperlichen Zustand angepaßten Pflegeversorgung.

Bei denjenigen Individuen, die noch in den Entwicklungsjahren stehen, kann die systematische Einverleibung von Schilddrüse (oder deren Präparaten) ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprozesses hintanhalten, event. auch Besserung namentlich im psychischen Bilde herbeiführen. Sehr auffallend können diese Besserungen sein, wenn die Individuen in den ersten Lebensjahren einer solchen Behandlung unterzogen werden. Die Bekämpfung des Kretinismus als endemische Krankheit geschieht in erster Linie durch Versorgung der betreffenden Gegend mit gesundem Trinkwasser, wie dies in den Alpen stellenweise mit bestem Erfolge geschehen ist. Dem gleichen Zwecke dient die im Kanton Wallis hier und da bestehende Gewohnheit, die Kinder aus den verdächtigen Gegenden fortzubringen und anderswo aufwachsen zu lassen.

Das **Myxödem** gehört eigentlich nicht an diese Stelle, da es keine Entwicklungshemmung, wie der Kretinismus, darstellt, sondern in jedem Lebensalter auftreten kann; indessen schließt sich eine kurze Besprechung desselben doch hier am natürlichsten an.

In gleicher Weise, wie der Kretinismus, ist das Myxödem („Cachexie pachydermique") abhängig von den Veränderungen der Schilddrüse. In fast experimenteller Form ist diese Abhängigkeit bewiesen worden durch die Erfahrung der Chirurgen, daß nämlich Entfernung der ganzen Schilddrüse oder des größten Teiles derselben in einem hohen Prozentsatz der Fälle geistigen Verfall mit bestimmten körperlichen Veränderungen („Cachexia strumipriva"), vereinzelt auch Todesfälle herbeiführt. Das wesentlichste Symptom des Myxödems ist die eigentümliche Hautbeschaffenheit. Es entwickelt sich eine pralle, teigige Schwellung der Haut, in der ein Fingerdruck keine Delle hinterläßt, eine Schwellung, die Gesicht, Hände, Rumpf, kurz, den größten Teil des Körpers befällt und allmählich den Gesichtsausdruck der Kranken in charakteristischer Weise verändert. Die Haut ist dabei trocken, schuppend, die Schweißsekretion vermindert, der elektrische Hautwiderstand erhöht; die Nägel werden rissig; die Temperatur ist herabgesetzt, der Puls verlangsamt. Es besteht Trägheit des Darmes, Schwindel, Ohnmachten, Zittern der Zunge und der Hände. Der Gang ist schwerfällig, und das ganze Wesen der Kranken nimmt etwas Unbehilfliches, Plumpes an.

Auf psychischem Gebiete entwickelt sich ein torpider Schwachsinn. Die Kranken werden gleichgültig, langsam, verlieren die Initiative; die seelischen Vorgänge erfahren eine meßbare Verlangsamung und deutliche Erschwerung; die Merkfähigkeit wird herabgesetzt, die Kranken ermüden rasch bei allen geistigen Anstrengungen, sind teilnahmlos, kleinmütig, zaghaft und werden allmählich für ihre frühere Tätigkeit vollkommen unbrauchbar, bei höheren Graden auch hilflos und fremder Pflege bedürftig. Unterbrochen wird dieser langsame Prozeß eventuell durch episodisch eintretende Zustände von Verwirrtheit oder von Depressionszuständen. Mehr als drei Viertel der Fälle betreffen weibliche Kranke. Der Verlauf hängt davon ab, ob eine Behandlung mit Schilddrüse oder deren Präparaten eintritt. Wenn dieses der Fall ist, so ist eine auffallende Besserung, ja vollkommene Heilung zu beobachten, für deren Bestand allerdings immer Voraussetzung bleibt, daß die Einverleibung der wirksamen Substanz dauernd fortgesetzt wird.

Als eine weitere hierhergehörige Gruppe von geistigen Defektzuständen in Abhängigkeit von der Schilddrüse grenzt WEYGANDT (in seinem Referate „über Idiotie", 1906) Fälle eines endemischen strumösen Schwachsinns ab, die in Kropf- und Kretinismusgegenden noch häufiger sein sollen, als die typischen Fälle mit Zwergwuchs und Myxödem.

Literatur.

BIRCHER, Das Myxödem und die kretinoide Degeneration. VOLKMANNS Vorträge, Nr. 357, 1890.

CHARCOT, Myxoedème, cachexie pachydermique ou état crétinoide. Gazette des hôpitaux 1881.

EWALD, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Bd. XXII, von NOTHNAGELS spez. Pathol. und Therapie 1896.

WEYGANDT, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Halle 1904. (In HOCHES Sammlung zwangloser Abhandlungen.)

Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides.

Während es sich bei der Imbezillität und Idiotie um Hemmungen der geistigen Entwicklung in einem sehr frühen Stadium des Lebens handelt, während bei anderen Formen geistiger Schwäche die Ursache in organischen Hirnveränderungen klar zutage tritt, haben wir nun eine weitere Gruppe geistiger Anomalien kennen zu lernen, die, bei aller Mannigfaltigkeit der Formen, als gemeinsam aufweisen: Entwicklung der Krankheit zur Zeit der Pubertät oder bald hinterher oder doch in der ersten Lebenshälfte und — für einen großen Teil der Fälle — Ausgang in einen verschieden hohen Grad geistiger Schwäche. Man hat dieser geistigen Schwäche zur Kennzeichnung ihres Auftretens in einem Lebensalter, dem sonst noch eine Weiterentwicklung der geistigen Fähigkeiten eigen sein sollte und im sprachlichen Gegensatz zu anderen Formen von Demenz den Namen „Dementia praecox" gegeben.

Der Begriff der Dementia praecox ist von KRAEPELIN ausgebaut worden. Die Darstellung hier wird sich nicht an den vollen Umfang des Begriffes in KRAEPELINS Sinne halten. Das ganze Gebiet ist augenblicklich in lebhaftem Flusse begriffen, und jede irgendwie geartete Abgrenzung muß zurzeit noch als eine vorläufige angesehen werden. Der allgemeinen Anerkennung einer im großen und ganzen nach Ursachen, wesentlichen Merkmalen und Ausgang zusammengehörigen Krankheit in KRAEPELINS Sinne steht noch die Vielgestaltigkeit ihrer Formen im Wege und vor allem der Umstand, daß keineswegs alle Fälle zu höheren Graden der geistigen Schwäche führen, daß vielmehr ein Teil mit einem gewissen Defektzustand heilt, während ein kleinerer Bruchteil eine volle Wiederherstellung zu erfahren scheint. Der Begriff der Dementia praecox ist stellenweise zu einem solchen Umfange ausgedehnt worden, daß er mehr als die Hälfte aller Fälle seelischer Störungen überhaupt umfaßt; es liegt auf der Hand, daß uns damit nicht gedient ist. Es empfiehlt sich deswegen, in den hierhergehörigen Fällen speziellere Bezeichnungen, wie z. B. die drei in der Ueberschrift dieses Kapitels genannten, anzuwenden.

Der Name „Dementia praecox" ist an sich schon sprachlich und logisch nicht glücklich gewählt, da darunter auch Fälle verstanden werden

sollen, die niemals einen Zustand erreichen, der als Demenz zu bezeichnen wäre; vor allem aber ist „Demenz" ein bis zu einem gewissen Grade abgeschlossener, stabiler Zustand; der Name kann also sinngemäß nicht auf einen im Gange befindlichen Prozeß von zweifelhaftem Ausgange angewendet werden; wir sprechen zwar auch schon im Beginne der progressiven Paralyse von „Dementia paralytica", nehmen aber damit nur ein sicher Kommendes vorweg.

Der Entwicklungsgang, der allmählich zur Aufstellung des Begriffes der Dementia praecox geführt hat, ist nicht ohne Vorbild in der Geschichte der Psychiatrie und ist von theoretischem Interesse. Die klinische Erkenntnis psychischer Anomalien hat ihre wesentlichsten Fortschritte auf dem Wege gemacht, daß man immer mehr zu unterscheiden gelernt hat zwischen symptomatischen Zustandsbildern und einheitlichen Krankheitsformen. Das beste Beispiel dafür, welches von jeher zur Nachahmung angeregt und auch bei der Aufstellung der Dementia praecox als Vorbild vorgeschwebt hat, ist der Entwicklungsgang der Lehre von der progressiven Paralyse gewesen. Wir wissen jetzt, daß es kaum irgendeine Aeußerungsform geistiger Störung gibt, die nicht im Verlauf eines Falles dieser Krankheit vorkommen könnte: Melancholische Zustände, manische Erregungen, Delirien, Wahnbildungen usw., Zustandsbilder, die trotz anscheinender Uebereinstimmung mit einfacher Melancholie, Manie usw. nicht imstande sind, unsere Ueberzeugung zu erschüttern, daß wir in ihnen nur episodische Ereignisse und besonders gestaltete Verlaufsabschnitte zu sehen haben, die für die Gesamtdiagnose der Krankheit nicht wesentlich sind. Körperlich-nervöse Symptome und, auf psychischem Gebiete, die Entwicklung einer fortschreitenden Demenz stellen die Diagnose sicher und lassen die genannten Zustandsbilder als Verlaufseigentümlichkeiten erscheinen, die nicht gesetzmäßig und für das Wesen der Krankheit nicht von Bedeutung sind. Unsere Annahme, daß es sich um eine in sich geschlossene Krankheitsform handelt, wird dann schließlich bestätigt durch den in allen Fällen gemeinsamen tödlichen Ausgang und durch immer wiederkehrende pathologisch-anatomische Befunde. Leider liegen bei keiner anderen Form geistiger Störung einstweilen so günstige Verhältnisse vor, wie bei der progressiven Paralyse. Wir kennen überhaupt nur in kleiner Zahl sichere und regelmäßig wiederkehrende pathologisch-anatomische Befunde im Zentralnervensystem bei Geistesstörungen, und speziell bei der Dementia praecox existiert noch keine pathologische Anatomie von allgemeiner Gültigkeit; auch die Verlaufs- und Ausgangsmöglichkeiten sind bei ihr viel größer, als bei der progressiven Paralyse.

Neuere Untersuchungen scheinen gewisse Gesetzmäßigkeiten der Vererbung zu ergeben, die auf eine innere Zusammengehörigkeit der ganzen Gruppe der Dementia praecox hinweisen würden.

Bei der Schilderung der drei hauptsächlichsten Verlaufstypen, der Hebephrenie, der Katatonie, der Dementia paranoides ist von vornherein im Auge zu behalten, daß sie in zahlreichen Uebergangsfällen, gemeinsamen Symptomen und Symptomengruppen miteinander enge Berührung haben; im einzelnen ist die innere Verwandtschaft und die Neigung zu Uebergängen zwischen Hebephrenie und Katatonie weit größer, als zwischen diesen beiden einerseits und der Dementia paranoides andrerseits.

Die Hebephrenie.

Die Bezeichnung Hebephrenie stammt von Kahlbaum und Hecker und wird heute allgemein gebraucht, wenn auch nicht mehr genau in der von den genannten Autoren gemeinten Umgrenzung. Wir verstehen darunter Fälle, bei denen sich, in der Pubertätszeit beginnend, in langsamerem oder raschem Verlaufe ein Zustand geistiger Schwäche entwickelt. Es ist dabei für unsere Auffassung gleichgültig, ob dieser Prozeß in der einfachen Form einer allmählich fortschreitenden, stillen Verblödung oder unter Begleitung symptomatischer Zustandsbilder von Depression, Erregung, vorübergehender Wahnbildung usw. vor sich geht, ob das Ende schließlich ein Zustand hochgradigen Blödsinns oder eine nur mäßige oder kaum nachweisbare Herabsetzung der geistigen und gemütlichen Funktionen darstellt; in der Tat kommt alles das in mannigfachen Abstufungen und Uebergangsbildern vor, ebenso wie ein Aufeinanderfolgen verschieden gefärbter Zustände bei demselben Kranken. — Wie die Imbezillität im pathologischen Bild ein besonderes Gepräge dadurch erhält, daß ihr Wesen in einer sehr frühzeitig einsetzenden Hemmung der geistigen Entwicklung besteht, so trägt die Hebephrenie in vielen Fällen gewisse charakteristische Züge, die ihr die Entstehung in den Jahren der Pubertätsentwicklung mit ihrer besonderen Geistesverfassung aufdrückt, Züge, die also nicht dem Krankheitsprozeß als solchem angehören und fehlen können, wenn die Störung erst in einem jenseits der Pubertätsjahre liegenden Zeitpunkte beginnt; hierher würde gehören: das Auftreten eigentümlicher, phantastisch unklarer Regungen, ein stark gehobenes Selbstgefühl, die Neigung zur Beschäftigung mit den tiefsten Problemen des Daseins, die Freude an klingenden Phrasen und stehenden Redensarten, an Wortwitzen und tätlichen Späßen u. a. m.; ein Teil dieser Eigentümlichkeiten erfährt durch krankhafte Momente noch eine besondere Verstärkung.

Das Krankheitsbild der Hebephrenie als solches besitzt nun mit den anderen, später zu schildernden Bildern der Katatonie und der Dementia paranoides eine Reihe gemeinsamer psychologischer Merkmale, aus denen eben (unter anderem) trotz äußerlicher Verschiedenheit auf innere Zusammengehörigkeit geschlossen werden darf.

Das Bewußtsein bleibt, von episodischen Erregungszuständen abgesehen, klar, die Orientierung über Raum und Zeit erhalten; Aufmerksamkeit und Interesse erfahren eine merkliche Abschwächung; Merkfähigkeit und Gedächtnis dagegen brauchen nicht oder wenigstens lange Zeit hindurch nicht deutlich beeinträchtigt zu werden. Der Gedankengang erleidet Veränderungen, die von Kraepelin als „Zerfahrenheit des Denkens" bezeichnet worden sind (erhöhte Ablenkbarkeit, Verlust des inneren Zusammenhanges der Vorstellungen, unvermitteltes Auftauchen von Einschiebseln).

Diese „Zerfahrenheit" des Denkens äußert sich in gleicher Weise in den Reden, wie in den schriftlichen Aeußerungen der Kranken. Nachstehend der Brief eines Hebephrenikers an seine Familie, dessen einziger Inhalt eigentlich der Wunsch ist, nach Hause zu kommen.

„Ich bin genötigt, zum letzten Male Euch diesen kurzen Brief zu schreiben. Ich stelle an Euch zum ersprießlichen Schlusse die liebste Bitte mir möglichst bald hier fortzuverhelfen. Meine Angelegenheiten nötigen mich aufs peinlichste die Vervollkommnung meiner Sprache zu rechtfertigen. Es schlägt der Puls in meinen Adern warm und meine Sehnen können kaum erschnappen oder weiter tappen. Es ist in meinem Belassen die nötigen Einfallspulse selber zu bändigen. Auch ist es mir ruhig die Sachlage nach Busse und Gewissen zu rechtfertigen und erkläre mit tröstlichen Worten, dass ich ein in den Sumpf begrabenes unangreifbares Kind bin. Mein Himmel hat mir versprochen die überwundene Kraft des allmächtigen Gottes und seines Engelschaaren in erhöhtem Masse zukommen zu lassen und dem irdischen Höllenleben den Appetit zu verweigern. Unterdessen ist es mir zu einem Geheimniss geworden die Extreme des behilflichen Arztes zu prüfen. Auch lasse ich es dahin gestellt ihn weiter über meine Entlassung zu fragen. Die Direktion der Anstalt möge ein Dafürhalten abgeben. Wilhelm."

Noch deutlicher treten diese Züge hervor in nachstehendem Gedichte eines Hebephrenikers (eines Arztes):

„Weithin, unbekannten Gefilden Fantasie zuneigt
eigenartig irdisches Gefilde dort uns zeigt
Dem Boden stellenhaft üppiger Pflanzenwuchs entspringt
ein goldig leuchtend kronenarten Hellgestirn herdringt
Uebermenschliche Natur in diesen Sphären weilet
Rotierend leichtes Gasgemeng zum Flug sie erteilet
Elektrizität zur Kugelhalle fest sie keilet
Ihr Sehen ist von eigenartigster Empfindsame
Ihr Geist von helltiefer schöpferiger Kenntnisnahme
Gross und viel und leicht ist manches Menschen Glücken
Rund und schwer und flott er schöpfet zum Entzücken."

Die Urteilsfähigkeit sinkt allmählich; oft werden Wahnvorstellungen verschiedener Richtung, aber von geringer Festigkeit und oft abstrusem Inhalt gebildet, und zwar vielfach, ohne daß die Kranken eine diesem Inhalte entsprechende Gefühlserregung erkennen ließen. Es äußert sich darin eine zunehmende Abstumpfung des Fühlens und des Affektlebens überhaupt, die auch in der Teilnahmlosigkeit gegenüber der Familie, in dem Sinken des sittlichen und ästhetischen Niveaus bemerkbar ist. In vielen Fällen ist gerade das Mißverhältnis zwischen Vorstellungen oder Erlebnissen einerseits, dem dadurch ausgelösten oder wenigstens gleichzeitig vorhandenen Affekte andererseits sehr charakteristisch, nicht nur in dem Sinne, daß die Affekte im Vergleiche mit normalen Verhältnissen zu schwach, sondern auch so, daß sie inkongruent sind, z. B. Lachen bei ernstem Anlaß u. dgl.); zum Teil handelt es sich dabei allerdings wohl auch nur um eine nicht adäquate mimische Bewegung. Die Stimmung ist eine wenig feste; es ist den Kranken möglich, in kürzester Frist und bei nicht entsprechendem oder fehlendem Anlaß von Ausgelassenheit in tiefe Depression überzugehen und umgekehrt. Heitere spontane Erregung zusammen mit den Zeichen der intellektuellen Verblödung und den besonderen Eigentümlichkeiten des Pubertätsalters erzeugt die Bilder der „Albernheit" und des „läppischen Wesens".

Ein nicht kleiner Teil der Fälle von Hebephrenie, und zwar diejenigen, die ohne begleitende, aufdringliche Zeichen von „Geistes-

krankheit“ verlaufen, wird von der Umgebung, den Erziehern und auch von den Aerzten verkannt, oder doch lange Zeit hindurch falsch beurteilt und mit oft sehr unzweckmäßigen Mitteln zu „bessern“ versucht; in den Irrenanstalten bekommt man diese Fälle nur ausnahmsweise zu sehen.

Der Hergang ist dabei gewöhnlich der, daß eine anfangs vielleicht vielversprechende geistige Entwicklung in der Pubertätszeit anfängt zu erlahmen, daß der Gymnasiast, Student, Kontorist, Schullehrer usw. in seinen Leistungen einen Stillstand, dann aber einen deutlichen Rückgang erkennen läßt, den die Umgebung auf Trägheit, Ablenkung durch Nebeninteressen, bösen Willen oder auch auf körperliche Ursachen, und zwar mit Vorliebe bei dem (der Zahl nach überwiegenden) männlichen Geschlechte auf frühere oder noch weiter betriebene Onanie, beim weiblichen auf die Entwicklungsvorgänge zurückzuführen pflegt. Kommt ein solches Individuum in sachverständige Beobachtung, so zeigt sich bald, daß bei dem Zustandekommen der geistigen Unzulänglichkeit eine ganze Reihe psychischer Störungen zusammenwirkt: große Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit, Unfähigkeit zur Konzentration, Entschlußmangel, Abschwächung des Urteiles und Abstumpfung der höheren Gefühle. In manchen Fällen besteht dabei eine Zeitlang ein lebhaftes Bewußtsein der vorhandenen Unfähigkeit, welches durch allerhand subjektive Erscheinungen, Kopfdruck, Flimmern vor den Augen, Schwindelempfindungen, Sensationen von leerem Kopf u. dgl. unterstützt wird, und mit einer starken gemütlichen Depression einhergehen kann; anderemale ist die Störung von vornherein mit stumpfer Gleichgültigkeit verbunden, an der alle Ermahnungen abgleiten. Vorwürfe werden passiv hingenommen, mit nichtigen Ausreden oder mit träger Widerspenstigkeit beantwortet. Die gewohnten Arbeiten werden angefangen, aber nicht zum Abschluß gebracht; die Kranken sitzen z. B. stundenlang mit der Feder in der Hand vor dem Papier, ohne sich zum ersten Strich entschließen zu können; auch täglich wiederkehrende Verrichtungen, wie Ankleiden, Waschen usw. werden vernachlässigt.

Nicht selten wird die Schuld an diesem geistigen Zustand in den äußeren Umständen gesucht oder auf mangelnde Neigung zu der gewählten Beschäftigung geschoben; es wird dann ein Wechsel des Berufes oder ein suchendes Herumprobieren in verschiedener Richtung vorgenommen, bis allmählich auch den Angehörigen die Einsicht aufgeht, daß wohl eine geistige Anomalie die Ursache dieses gehäuften Mißgeschickes sein könnte.

In einer weiteren Gruppe von Fällen vollzieht sich dieses langsame Hinabgleiten in die geistige Schwäche unter äußerlich lebhafteren Erscheinungen, wenn nämlich eine erhöhte Erregbarkeit und Unruhe besteht, die den Kranken zu törichten Streichen oder Konflikten, zu Alkoholexzessen, Prügeleien, unsinnigen Einkäufen u. dgl. treibt. Einer meiner Kranken dieser Art legte, nachdem er in einem Bordell und mit einer alten Laternenfrau Raufereien durchgemacht hatte, einen Kranz „auf die Gräber der Märzgefallenen“, verlangte von seinem Vater auf einer Ansichtspostkarte Auszahlung seines mütterlichen Erbteiles, erkundigte sich, wieviel Zeit man brauche, um „ein berühmter Mann“ zu werden und bereitete sich darauf vor mit Auswendiglernen von Operntextbüchern. Auch wenn es nicht direkt zu Konflikten kommt, zeigt sich die innere Unruhe doch in der Unstetigkeit der Lebensführung, im Wechsel des Ortes, der Be-

schäftigung, des Berufes, wobei häufig die „Schriftstellerei“ bevorzugt wird. Die bei dieser Gelegenheit zutage tretenden Schriftstücke zeigen besonders deutlich die „hebephrenischen“ Züge: die innere Zusammenhanglosigkeit, die Sucht, mit Phrasen, die nach etwas klingen, Eindruck zu machen, das mangelhafte Urteil. Nachstehend eine Probe aus der „eigenen Philosophie“ eines 20jährigen Hebephrenikers:

„Ich und die Welt wir gehören zusammen, wir sind Teile eines Wesens, Mittel zu einem Zweck, wir bilden den Menschen. Mensch ohne Welt ist undenkbar, Welt ohne Mensch ist sinnlos. Der Mensch ist nicht für die Welt geboren, aber die Welt ist für den Menschen gemacht. Ohne den Menschen wäre die Welt ohne Sinn. Erst als der Mensch auf der Welt erschien, war sie fertig. Der Mensch ist der Sinn der Erde. Er erkennt, dass sie einen Zweck hat, und der da heisst „Ich bilde den Menschen“. Die Welt ist ein harmloses Ding (ich rede von der materiellen), Nebel und trügerischer Schein, aber der Mensch der „Schätzende“ gibt ihr den Sinn und Wert, daß sie ist, was sie ihm ist. Was vom Himmel kommt, sucht auf Erden Demut; nur dem Demütigen wird die Tugend zu Theil; frei von Selbstsucht, Stolz und Eitelkeit und von jener anmaasslichen Thorheit, welche da spricht: das bin ich, erkenne er sich als ein Mensch von Gottes Gnaden, dessen Aufgabe es ist, das Menschliche mit dem Göttlichen zu vermählen“.

Bei der mündlichen Entwicklung solcher Produkte fällt das gehobene Selbstgefühl und oft ein eigentümliches, selbstgefällig-theatralisches Wesen, gezierte pathetische Sprechweise und überlegenes Lächeln auf.

Eine weitere Gruppe einfacher Hebephrenie wird repräsentiert durch Fälle, bei denen das intellektuelle Sinken von vorwiegend hypochondrisch gefärbter Depression begleitet wird. Speziell die Onanie spielt in den Ideenkreisen dieser Kranken eine große Rolle, gleichviel, ob das besonders hohe Maß von Exzessen in dieser Richtung wirklich stattgefunden hat oder nur in der Vorstellung der Kranken existiert. Die Mehrzahl dieser Individuen hat die bekannten Schundschriften über die Folgen der Onanie gelesen und bringt die dort geschilderten Symptome vor. Wiederholt habe ich Hebephreniker der hypochondrischen Gruppe gesehen, die mit Klagen über angebliche homosexuelle Veranlagung kamen, ohne daß diese Behauptung bei näherer Prüfung standhielt. Andere berichten von seltsamen Gefühlen und körperlichen Sensationen; sie „schlafen nur halbseitig“ durch „Autosuggestion vom Kreuzbein“; es ist ihnen „pantheistisch ums Herz“; sie „zeigen das Phänomen des Todes“; sie haben „Atemnot vom Hinterkopfe aus“. Die Plomben in den Zähnen sind „magnetisch“ geworden und „erschweren das Oeffnen des Mundes“ u. a. m. — Bei einem Teil der hypochondrischen Hebephreniker ist dagegen auffallend die geringe Ausgiebigkeit ihrer Schilderungen, die sich oft auf nur wenige, mit passivem Widerstand festgehaltene Punkte beschränken; „Schwäche“, „verdorbenes Blut“, „zerstörte Nerven“ und dergleichen wird angegeben, aber zu einer wirklichen Beschreibung dessen, was sie fühlen, bringt man häufig die Kranken nicht. Manche derselben bringen lange theoretische Abhandlungen zu Papier, in denen Unverdautes, Gelesenes mit eigenen schwächlichen Zutaten produziert wird.

Nachstehend eine Probe einer solchen Auseinandersetzung eines hebephrenischen Schullehrers von 19 Jahren:

„Bis jetzt lebte ich ganz in der Anschauung, daß die geistige Störung, oder wie ich nach meiner Empfindung sagen muß, Unterdrückung der Geistestätigkeit nur die notwendige Folge der Störungen im reflektorischen Nervengebiet sei. Ich kenne allerdings die Beziehungen, die zwischen den beiden Nervengebieten bestehen, nicht. Doch einen Gedanken möchte ich aussprechen. So wenig Einfluß die bewußte Tätigkeit auf die unbewußte ausübt, so daß sie im Schlaf aussetzen und auch im bewußten Zustand sehr gesteigert werden kann, ohne welche Störung im reflektorischen Nervengebiet wacher vorzurufen, so groß muß umgekehrt der Einfluß sein, den eine gesteigerte oder geschwächte Funktion des reflektorischen Nervengebietes auf die geistige Tätigkeit ausübt. Ob allerdings ein solches ursächliches Verhältnis bestehen kann und bei mir besteht, kann und will ich nicht entscheiden.

Ich könnte niemals sagen, meine Geistestätigkeit sei gestört, sondern sie ist unterdrückt. Sie ist eine subjektive Wahrnehmung, die eben besagt, daß ein Wille gegen die Störung kämpft. Diese Willenskraft läßt sich allerdings nicht von außen wahrnehmen. Wenn Sie mir nun entgegenhalten, wenn die geistige Tätigkeit allgemein gestört sei, so beziehe sich diese Störung doch auch auf den Willen, so frage ich nur, kann der Wille nicht trotzdem unnatürlich sehr gesteigert sein? usw."

Trotz der oft geringen tatsächlichen Ausgiebigkeit der Kranken bei Schilderung ihrer Beschwerden gewinnen diese hypochondrischen Ideen bei der allgemeinen Abstumpfung des Wollens den größten Einfluß auf das Handeln und werden z. B. Anlaß zu monate- oder jahrelangem Aufenthalt im Bette; ich habe einen hebephrenischen Studenten gesehen, der wegen „Ueberanstrengung" den größten Teil seiner Zeit seit 5 Semestern im Bette verbracht hatte. (Auf die Fälle mit hypochondrischen komplizierten Wahnbildungen kommen wir unten noch zu sprechen.) Ein großer Teil dieser letzten Gruppe, die man in der Sprechstunde verhältnismäßig oft (z. B. gerade unter den Studierenden) zu sehen Gelegenheit hat, geht unter der Diagnose der Neurasthenie und wird in Kaltwasseranstalten und dergleichen eingewiesen; auch Zwangsvorstellungen monotonen Inhalts werden dabei beobachtet, ebenso wie hysteriforme Bilder.

Auch bei diesen einfachen Formen vorwiegend ruhiger, langsamer Entwicklung ist nun der Ablauf der Krankheitserscheinungen kein gleichmäßiger; Remissionen und schubartige Steigerungen, Stillstände und Beschleunigungen treten auf, ohne daß wir bisher sichere Kennzeichen besäßen, aus denen im Anfange der Störung über die voraussichtliche spätere Gestaltung etwas Bestimmtes vorhergesagt werden könnte; nicht einmal darüber ist im Anfang ein sicheres Urteil möglich, ob der Krankheitsprozeß bis zu höheren Graden der Verblödung führen oder auf einem Niveau nur mäßig verminderter geistiger Leistungsfähigkeit haltmachen wird; zweifellos kommen auch Fälle vor, die den Arzt durch völliges Schwinden aller Erscheinungen (bis auf etwaige schon vor der hebephrenischen Episode vorhandene psychische Eigentümlichkeiten) überraschen.

Diesen bisher geschilderten Fällen mit verhältnismäßig einfacher Verlaufsart stehen nun andere gegenüber, bei denen, unbeschadet der Uebereinstimmung in den psychologischen Grundzügen, eine viel weitere Ausbildung episodischer Zustände und mannigfacher, komplizierter psychischer Störungen vorkommt, deren Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit die Aufstellung einzelner

abgegrenzter Formen zu einem willkürlichen und überflüssigen Unternehmen macht.

Zunächst ist bei diesen Fällen häufig der Beginn nicht ein unmerklicher, langsam schleichender, sondern plötzlich eröffnet das symptomatische Bild irgendeiner Psychose, manchmal in stürmischer Weise, die Szene, bisweilen scheinbar ausgelöst durch ein besonderes Ereignis (Examen, Verlobung, Operation u. dgl.). Neben starker Depression oder Erregung und Schlaflosigkeit, Angst, Selbstvorwürfen, Suicidneigung treten Sinnestäuschungen auf, die sich auf alle Sinnesgebiete erstrecken, erschreckenden, beleidigenden, auch erhebenden Inhaltes sein können. Bevorzugt sind im allgemeinen Täuschungen der Tastsphäre (Gefühl des Elektrisiertwerdens, sexuelle Sensationen) oder Geschmackstäuschungen (Gift). Zugleich mit diesen Sinnestäuschungen, in Färbung und Richtung mit ihnen übereinstimmend, entwickeln sich Wahnideen, unter denen sich alle sonst bekannten klinischen Arten vertreten finden. Bei männlichen Kranken überwiegen die hypochondrischen Wahnvorstellungen, die in der Art ihres Inhaltes nicht selten schon früh die geistige Schwäche erkennen lassen. Es kann sich so das Bild einer scheinbaren hypochondrischen Paranoia entwickeln: Der Körper verfällt langsam inwendig, Parasiten nisten im Hirn, Darm und Leber verschwinden, die Speisen fallen in einen großen Hohlraum; der Verwesungsgeruch und die Bazillen, die von dem Fäulnisprozeß ausgehen, verpesten die Umgebung; das beste ist, so einen Menschen, der noch dazu durch Onanie selber schuld an den Veränderungen ist, totzuschlagen. Diese Kranken sind in hohem Maße für sich selber gefährlich, neigen zu Selbstverstümmelung und Selbstmord, verweigern häufig die Nahrung. Auffallend ist von vornherein oft die Affektlosigkeit, mit der die Beschreibung unerhörter körperlicher Veränderungen und Zustände vorgebracht wird und noch überraschender die Schnelligkeit, mit der manchmal das ganze Bild der hypochondrischen Wahnbildung verschwindet und einen geistigen Defektzustand als dauernden Rest zurückläßt.

Bei den hypochondrischen Formen, wie bei den anderen komplizierten Zuständen im Laufe der hebephrenischen Verblödung darf man sich von der scheinbaren Apathie und Indifferenz der Kranken nicht zu einer gefährlichen Sorglosigkeit verleiten lassen; der Zustand der Gleichgültigkeit kann von Episoden von Angst und Erregung oder von Verwirrtheit und Bewußtseinstrübung durchbrochen werden, in denen plötzliche Gewalttätigkeiten impulsiver Art keine Seltenheit sind.

Außer diesen hypochondrischen Bildern kommen nun alle möglichen anderen Verlaufsarten vor — scheinbare Manie oder scheinbare Amentia — auch die Entwicklung von Größenideen verschiedener Richtung kommt zur Beobachtung; bei den meisten dieser die Grundstörung komplizierenden Bilder sind die mehrfach erwähnten charakteristischen Züge der jugendlichen Verblödung doch erkennbar.

Auch die schließlich erreichten Endzustände von stabilem Schwachsinn lassen an den erwähnten allgemeinen psychologischen Merkmalen erkennen, auf welchem Wege der geistige Defekt zustande gekommen ist; manchmal ist eine gewisse hartnäckige Pedanterie in der Lebensführung ein Moment, welches den Kranken bei ihrem ge-

schwächten Urteil eine Art von Schutz vor gröberen Entgleisungen gewährt. —

Nachstehend eine charakteristische Probe aus Briefen eines im Zustande des Schwachsinns angelangten akademisch gebildeten Hebephrenikers (der wenige Jahre zuvor noch ein gutes Staatsexamen abgelegt hatte).

„Der Besuch der Mutter bietet einem im späteren Alter stets eine angenehme stützende Erinnerung, wo immerhin die erwerbenden Menschen die Lebensschicksale bringen. Die Sicherung des Erwerbes ist ja eine sehr wichtige Sache und ist die Quelle mit im mächtigen Bestehen, was letzteres für jeden Menschen eine wesentliche Sache ist; denn das Leben ist Arbeit in seinem Ruhepunkte, werbende Arbeit in seinem Ruhepunkt. Das Leben besitzt nicht immer einen ganz leichten Hergang; häufig gibt es Schwierigkeiten, und diese Schwierigkeiten siegreich zu bestehen, ist was Notwendigkeit. Man kann eigentlich sagen, daß die Grenze nach unten hin resp. gegen das Zurückschreiten in dem Sinne der Wörter: „nicht noch weniger“ gegeben ist. Voranzuschreiten ist häufig nicht ganz leicht, ja sogar schwer; aber an der Erhaltung des Standes und der Weiterbildung des Arbeitsvermögens hat jeder zu arbeiten. Mein Leben fließt gleichmäßig dahin; ich arbeite in programmäßiger dir bekannter Weise. Im neuen Testament bin ich am Ev. Johannis, dessen Sprache wegen ihrer Schönheit zunächst auffällt. In der Familie Sr. Majestät des deutschen Kaisers hat die Geburt eines Enkels und Thronerbens allseitig Freude erregt und ist den Eltern, ihren kaiserlichen Hoheiten, dem Kronprinzenpaar ein glückliches Gedeihen Ihres Kindes wie mein, unser Wunsch, so der Wunsch wohl der meisten, am besten wohl aller Menschen. Die konstitutionelle Monarchie gewährt am besten eine friedfertige Entwicklung der Menschen“ usw.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Hebephrenie haben nichts direkt Kennzeichnendes. Der Schlaf ist häufig gestört, das Gewicht ist je nach den wechselnden psychischen Zuständen starken Schwankungen unterworfen. Eine Reihe von Fällen zeigt Anomalien der Schweißsekretion (auch mit Aenderung des allgemeinen Körpergeruches) oder ungewöhnlich starke Absonderung der Talgdrüsen mit auffallender Entwicklung von Akne; die Menstruation wird unregelmäßig oder bleibt aus. Tremor und fibrilläre Zuckungen kommen vor; nicht selten ist eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nervenstämme. (Auf gewisse, nicht nur der Hebephrenie, sondern der Dementia praecox im allgemeinen zukommende Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen wird im Kapitel Katatonie noch kurz einzugehen sein.)

Die Diagnose der einfachen Formen der Hebephrenie wird, wie schon oben erwähnt, häufig nicht oder nicht rechtzeitig gestellt. Die Mannigfaltigkeit der möglichen Bilder und Verlaufsarten gibt die Indikation ab, bei jeder in der Pubertätszeit und den darauffolgenden Jahren vorkommenden psychisch-nervösen Störung, auch bei solchen scheinbar leichter Art, an die Möglichkeit eines hebephrenischen Prozesses zu denken; besonders gilt dies für die Neurasthenie und neurasthenische Hypochondrie. Die Diagnose ist im allgemeinen zu stützen auf die oben aufgeführten haupsächlichsten charakteristischen psychischen Symptome bei im ganzen erhaltener Besonnenheit und wenig gestörtem Gedächtnis: sinkende Intelligenz, schwindende Initiative, Abstumpfung der höheren Gefühle, alles das event. verbunden mit den dem Pubertätsalter überhaupt eigenen Besonderheiten. Gegenüber der Neurasthenie speziell ist

für die Abgrenzung wichtig das Fehlen eigentlicher erschöpfender Ursachen und die Hartnäckigkeit, mit der die Störung auch einer zweckmäßigen Behandlung trotzt. Gegenüber depressiven Zuständen des beginnenden zirkulären Irreseins (vgl. dieses) ist differentialdiagnostisch der Hauptnachdruck zu legen auf das der Hebephrenie eigene Mißverhältnis zwischen Vorstellungen und dem begleitenden Affekte. Nebeneinanderbestehen hebephrenischer und katatonischer Symptome läßt oft die differentialdiagnostische Abgrenzung in dieser Richtung willkürlich erscheinen.

Die Prognose ist eine überwiegend ungünstige; Kraepelin findet auf Grund seiner Zusammenstellungen bei 75 % derjenigen Fälle, die in Irrenanstalten kommen, als Endausgang höhere Grade der Verblödung, bei 17 % mäßigen Schwachsinn und bei 8 % scheinbare Heilung. Bei dieser Aufstellung darf nicht vergessen werden, daß ein nicht geringer Teil der Fälle von leichten Formen hebephrenischer Erkrankung in keinem Stadium des Verlaufes in eine Irrenanstalt kommt, so daß in Wirklichkeit die Zahl der mit Defekt Stillstehenden und der „Geheilten" viel größer ausfallen dürfte. Für die „Geheilten" ist die Heilung immer nur mit dem Vorbehalte auszusprechen, daß neue Schübe der Erkrankung noch nach Jahren den günstigen Ausgang wieder in Frage stellen können.

Die forensische Beurteilung der Hebephrenie hat in erster Linie den nachweisbaren Grad der geistigen Schwäche zu berücksichtigen, wobei die häufig vorkommende Täuschung durch ein verhältnismäßig gutes Gedächtnismaterial zu vermeiden ist. Auch bei nur mäßig geschwächtem Urteil wird man doch in Anbetracht der Schwere der hebephrenischen Erkrankungen überhaupt und der durchschnittlichen Unberechenbarkeit des Handelns der Hebephreniker mit der Annahme der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit vorsichtig sein müssen; für die zivilrechtliche Beurteilung lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen. Besondere Berücksichtigung verlangt die Hebephrenie beim Militär; die Entwicklungszeit der hebephrenischen Störungen fällt ja noch in die Jahre, in denen durchschnittlich der Dienstpflicht genügt wird. Tatsächlich gehört ein Teil der nicht oder schwer ausbildungsfähigen Rekruten, der „Widerspenstigen", der „Boshaften", der „Simulanten", der „Fahnenflüchtigen" in die Kategorie der Hebephrenie, und wiederum nur ein Teil von diesen wird in dem eventuellen Strafverfahren richtig beurteilt.

Von einer eigentlichen Behandlung der Hebephrenie kann, da wir die Ursache noch nicht kennen, kaum die Rede sein; die Hauptfrage, die an den Arzt dabei herantritt, ist die, ob der Kranke in Anstaltsbehandlung zu geben ist oder nicht. Es hängt dies bei den einfachen, ohne drängende Erscheinungen verlaufenden Formen sehr wesentlich davon ab, ob die Verhältnisse es erlauben, dem Kranken auf andere Weise das zu verschaffen, was seinem erkrankten Gehirn in erster Linie nötig ist, nämlich Ruhe. Der Arzt hat dabei zunächst die keineswegs immer leichte Aufgabe, die mehr oder weniger harten, in der Regel sehr unzweckmäßigen pädagogischen Versuche der Angehörigen abzuschneiden, indem er ihnen klar macht, daß es sich um Krankheit und nicht um bösen Willen, Faulheit oder moralische Verkommenheit („Folgen der Onanie") handelt. Völliges geistiges Ausspannen, Landaufenthalt unter günstigen hygienischen Verhältnissen, gute Ernährung, milde Wasserbehandlung sind dann diejenigen Heilfaktoren, unter

deren Einwirkung so viel an Besserung zu erwarten ist, als im einzelnen Falle überhaupt zu erhoffen ist. Wenn es zum Stillstand des Prozesses kommt, zu einer Heilung mit Defekt, so handelt es sich darum, ein den geschwächten Fähigkeiten des Kranken entsprechendes Arbeitsgebiet zu finden, auf dem er sich entweder in mechanischer Beschäftigung oder auch mit bescheidener geistiger Arbeit unter fremder Leitung noch nützlich machen kann. Die allgemeine Erfahrung lehrt, daß es den Eltern sehr schwer wird, auf die Ausführung der von der Krankheit unterbrochenen höheren Pläne zu verzichten, und der Arzt erweist den jugendlichen Kranken den besten Dienst, wenn er bei dieser Entscheidung möglichst auf Herabsetzung der elterlichen Ansprüche drängt.

Die Katatonie.

Die Katatonie stellt eine häufige Verlaufsart der Dementia praecox dar, die durch Zustände von Stupor und Erregung, durch die begleitenden sog. katatonischen Symptome (vgl. S. 49ff.) und den überwiegend ungünstigen Ausgang (in geistige Schwäche) gekennzeichnet ist. **Nicht** das Vorkommen eines **einzelnen** Symptomes, sondern die Kombination der verschiedenen genannten Erscheinungen und der charakteristische Verlauf machen den gegebenen Fall zur Katatonie.

Die Krankheitsbezeichnung „Katatonie" (Spannungsirresein) stammt von Kahlbaum, der schon vor mehr als 35 Jahren über die von ihm aufgestellte Krankheitsgruppe Mitteilungen gemacht hatte, ohne damit aber allgemeine Anerkennung zu finden. „Die Katatonie", heißt es in Kahlbaums Definition, „ist eine Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupeszenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen." An anderer Stelle setzt Kahlbaum die Katatonie in Parallele zur progressiven Paralyse von dem gemeinsamen Gesichtspunkte aus, daß bei beiden Krankheiten die episodischen Zustandsbilder nicht das Bestimmende für die Umgrenzung der Krankheit sind, sondern der ganze Verlauf und der Ausgang.

Die Kahlbaumsche Lehre hat lange Zeit wenig Anhänger gehabt, bis Kraepelin den seiner Meinung nach richtigen Kern derselben aufnahm und weiter ausbaute; Kraepelin definiert die Katatonie als eine Krankheitsform mit „eigentümlichen, meist in Schwachsinn ausgehenden Zuständen von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsivität und Verschrobenheit, der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen". Auch heute noch findet die Katatonielehre einzelne Gegner; es ist aber zu erwarten, daß die allgemeine Anerkennung derjenigen Fälle, die in der ersten Lebens-

hälfte, unter den spezifisch katatonischen Erscheinungen mit dem Ausgang in geistige Schwäche verlaufen, nicht mehr lange auf sich warten lassen wird.

Die Katatonie beginnt in der Regel subakut unter dem Bilde einer psychischen Depression mit vagen körperlichen Beschwerden oder auch ohne solche; die Depression kann in wechselnder Form und Stärke monatelang andauern, ohne irgendwie etwas Charakteristisches zu haben. Häufig tritt dann, für die Umgebung ganz überraschend, irgendeine Seltsamkeit oder auffallendes Benehmen zutage; der Kranke verweigert plötzlich die Nahrung für kurze Zeit, verläßt ohne weiteres seine Stellung, macht einen unpassenden Heiratsantrag, lacht und weint grundlos, schließt sich ein, bleibt halbe Tage in der Kirche oder läuft von Hause fort, macht einen Selbstmordversuch; bei einem Kranken meiner Beobachtung war das erste Auffallende, daß er als Soldat plötzlich aus dem Gliede trat und seinem Offizier den Degen in die Scheide stoßen wollte; ein anderer ging aufs Gericht, um sich (grundlos) der Unzucht mit Tieren zu bezichtigen. Andere Male beginnt aus der einleitenden, oft übersehenen, Verstimmung heraus eine lebhafte, meist ängstliche Erregung mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen, die eine Zeitlang das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) vortäuschen können; häufig sind dabei phantastische Vorstellungen über Veränderungen des eigenen Körpers, Ideen mit religiöser Färbung und schwere Versündigungsideen. Die Untersuchung zeigt, daß die Orientierung dabei nicht in dem Maße verloren gegangen ist, wie dies das äußere Bild zunächst glauben lassen kann. Die Kranken neigen zu Gewalttätigkeiten impulsiver Art oder zu Selbstbeschädigungen und werden jetzt, wenn nicht schon vorher, in Familienpflege unmöglich.

Die eigentlich charakteristischen Krankheitszüge treten erst hervor, wenn es zu Stupor oder Erregung kommt, was ganz plötzlich und unvermittelt geschehen kann, so daß man z. B. den heute stark unruhigen Kranken am nächsten Tage im ausgesprochenen Stupor stumm und regungslos wieder sieht; eine Reihe von Fällen beginnt von vornherein mit Stupor oder Erregung. Der katatonische Stupor ist diejenige Symptomenkombination, welche die eigentümlichen psychomotorischen Veränderungen bei der Katatonie am überzeugendsten in die Erscheinung treten läßt. Die Bezeichnung „Stupor“ ohne weiteres Attribut sagt nichts aus über die Zugehörigkeit des Zustandes zu einer bestimmten Krankheitsform; sie ist nur eine kürzeste Umschreibung des äußerlichen Bildes, d. h. des regungslosen und stummen Verhaltens, das aus mannigfachen psychologischen Ursachen heraus entstehen kann, z. B. bei hohen Graden der Angst, bei Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen; beim katatonischen Stupor ist wahrscheinlich das Bestimmende eine selbstständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse, von deren Wesen wir nichts wissen, die sich aber an bestimmten Eigentümlichkeiten erkennen läßt. Für diese sind allmählich stehende Bezeichnungen üblich geworden, die man, auch wenn man wenig Freude an neugebildeten Fremdworten hat, zur raschen Verständigung einstweilen nicht entbehren kann. So bezeichnet man zunächst als Negativismus eine Reihe von motorischen Aeußerungsformen, als deren Kern der wahllose Widerstand gegen äußere Beeinflussungen des Wollens und auch

gegen eigene Impulse anzusehen ist. Es gibt auch einen Negativismus im Vorstellungsablauf in dem Sinne, daß mit jeder auftauchenden Vorstellung zugleich eine Verneinung derselben im Bewußtsein erscheint. Das braucht sich nicht notwendigerweise im Benehmen des Kranken abzuzeichnen; der eigentliche motorische Negativismus aber schafft sehr charakteristische und deutliche Bilder; jeder Versuch, an der Stellung, Lage oder Haltung eines im katatonischen Stupor befindlichen Kranken eine Aenderung vorzunehmen, führt zu intensiver Anspannung derjenigen Muskeln, die die Antagonisten der beabsichtigten passiven Bewegung sind, und jeder eigene Impuls des Kranken löst einen Gegenimpuls aus, der eine Bewegung nicht zustande kommen läßt oder die angefangene abbricht. Es ergeben sich aus dieser Störung sehr eigentümliche Bilder, da sie alle Seiten der motorischen Funktion in Mitleidenschaft ziehen kann. Zunächst sind die Kranken stumm. Daß diese Stummheit nicht etwa darauf beruht, daß überhaupt kein Ablauf von Vorstellungen stattfinde, beweisen oft bestimmte Anzeichen, z. B. Gesichtsrötung bei dringendem Fragen und Zureden, Pulsbeschleunigung und auch etwa einzelne schwache Anläufe zu Lippenbewegungen, die die richtige Antwort mit Andeutungen der ersten Silbe zu bilden anfangen wollen, ohne zu vollenden. Die Kranken nehmen spontan keine Nahrung und leisten dem Einflößen derselben energischen Widerstand durch Zusammenbeißen der Kiefer; sie halten Kot und Urin zurück; die Schluckbewegung, die den (oft im Uebermaß) abgesonderten Speichel beseitigen sollte, unterbleibt, so daß sich größere Mengen faulig riechender Flüssigkeit im Munde ansammeln. Eine einmal eingenommene Körperhaltung wird festgehalten ohne Rücksicht auf Bequemlichkeit und Zweckmäßigkeit; die Kranken stehen starr in einer Ecke oder neben dem Bette, bis die Füße anschwellen; sie liegen auf dem Bauche oder mit angezogenen Beinen oder in Knieellenbogenlage oder sonstigen ungewöhnlichen Stellungen Wochen und Monate hindurch. Dazu kommen festgehaltene Innervationen einzelner Muskelgebiete, z. B. schief geneigter, vornübergebeugter Kopf, eingeschlagene Daumen, übereinander gekreuzte Beine, rüsselförmiges oder papageischnabelartiges Vorschieben des Mundes, Augenzukneifen, Stirnrunzeln u. dgl. m. Je nach den durch die jedesmalige Stellung geschaffenen mechanischen Verhältnissen kommt es zu allerlei Schädigungen der Haut und tieferliegender Teile — Rötung, Intertrigo, Decubitus, Ulzerationen; auch eine Radialislähmung habe ich so entstehen sehen; im Sommer kann beim regungslosen Herumstehen im Freien Erythema solare oder Bläschenbildungen entstehen, wenn die direkte Sonneneinwirkung nicht ferngehalten wird.

Im scheinbaren Gegensatz zum Negativismus steht nun ein weiteres psychomotorisches Symptom bei Katatonischen: die Befehlsautomatie, worunter man eine erhöhte Beeinflußbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äußere Eindrücke versteht. Passiv gegebene Stellungen der Glieder, auch solche unbequemster Art, die ein Gesunder gar nicht imstande wäre, längere Zeit festzuhalten, werden von den Kranken event. stundenlang innegehalten (Flexibilitas cerea) oder in Nachahmung fremder Bewegungen angenommen; ebenso werden fremde Aeußerungen aufgenommen und nachgesprochen (Echopraxie, Echolalie). Negativismus und Befehlsautomatie kommen nacheinander in verschiedenen Muskelgebieten beim selben Kranken vor.

Einen Uebergang zu katatonischer Erregung bilden Fälle, bei denen neben Stummheit, Nahrungsverweigerung und Negativismus ein selbständiger Bewegungsdrang einhergeht, der dann gewöhnlich in monotoner Weise bestimmte Bewegungen stundenlang, tagelang wiederholt (Stereotypie). Die Aeußerungsformen dieser Bewegungsstereotypie sind im einzelnen außerordentlich verschieden: rhythmisches Wiegen des Oberkörpers im Bett, Reiben und Scheuern an der Haut bis zum Entstehen von Ulzerationen, rhythmisches Aufblasen der Backen, Schnalzen mit der Zunge, auf den Zehen gehen, einförmige Kreisbewegungen; ein Kranker riß sich, Haar für Haar, Backenbart und Schnurrbart aus und dekorierte damit die Wand in bestimmter Zeichnung. Bei der eigentlichen katatonischen Erregung tritt der Bewegungsdrang in sinnloser Weise und mit der größten Heftigkeit in die Erscheinung, oft unter lautem Schreien und Brüllen, auch mit brüsken Gewalttätigkeiten gegen Belebtes und Unbelebtes — Scheibeneinschlagen, Attentate auf Mitkranke oder Wartepersonal, lebhafte Masturbation, Schmieren mit Kot, Urin und Speichel, Roll- und Drehbewegungen des ganzen Körpers, plötzliche Suicidversuche. Erregung und Stupor können rasch miteinander abwechseln; dann wieder kommen Zeiten leidlich geordneten Benehmens, aber doch mit zahlreichen Absonderlichkeiten, namentlich motorischer Art: Grimassieren, unmotiviertes Lachen, Luftschlucken und Rülpsen, Ausziehen der Kleider, Schreiben mit der linken Hand u. dgl. Besonders auffallend ist das plötzliche Auftreten impulsiver Handlungen, die auch mitten aus dem Stupor heraus erfolgen; die Kranken springen aus dem Bett, rennen an die Tür und zurück ins Bett, reißen anderen Kranken die Bettdecke weg und zerren sie an den Genitalien, entblößen sich plötzlich und springen so im Zimmer umher, erhaschen irgendeinen Gegenstand und stecken ihn in den Mund oder in die Vagina; eine Kranke sah ich, die im Garten eine Maus gefangen, lebendig in den Mund gesteckt und zerbissen hatte; ein anderer stürzte in das Zimmer eines Privatkranken, um mitten drin auf dem Fußboden seinen Stuhlgang zu deponieren. Auch die Sprache zeigt sehr häufig Veränderungen; die Kranken lispeln, sprechen in rhythmischem Takte oder in erhöhter Tonlage, à la baby oder mit künstlichem ausländischen Akzent. Oft werden ganz sinnlose Silbenzusammenstellungen oder zusammenhanglose Worte in endloser Reihe wiederholt: „Verbigerieren" (Kahlbaum); andere Male kehrt wochenlang eine einzige Redensart bei jeder ärztlichen Visite wieder: „das hat ja keinen Wert", „ich bin nicht schuldig", „ich will in die Schule", „kann die Hand nicht schon wieder geben". Andere Fälle zeigen das als „Sprachverwirrtheit", bezeichnete Symptom: die Mischung von Verständlichem mit ganz Sinnlosem bei fließender Redeweise oder das sog. „Vorbeireden", wobei die Kranken auf eine Frage, die sie wohl verstehen, nicht die richtige, sondern, ohne Zögern, eine Antwort geben, die inhaltlich mit der Frage nur lose Beziehungen hat.

Die der Sprachverwirrtheit entsprechende Störung zeigt sich auch in den Schriftstücken der Kranken, die äußerliche Seltsamkeiten in großer Zahl aufzuweisen pflegen: sehr kleine oder sehr große Schrift, Nachahmung von Druckschrift, Schrift mit der linken Hand, Unterstreichungen, eigene Interpunktion, Schnörkel und Zeichnungen. Nachstehende Probe verbigerierender schriftlicher Produktion stammt von einem Katatoniker, der als Gärtner eine große Anzahl von bota-

nischen Namen kennt, von denen in der im übrigen sinnlosen Aneinanderreihung hier und da einzelne Bruchstücke auftauchen.

Qualo formilis quanto fleten pleso paltrian vermente liuveur qualosteliquien soulis paltre sonate lequir retem sieli potre lefoten, quante telarefüssi, alosigia renomastle flotenquanten lihsia Pattischermo taglis flatenia lismen rio sento tolis pulvter, tolium mapante vielera tegetalisiant vambre ripentva Mipcle tofleur scheupons fleure plein olafta, sermis culum ropantoa, glapermis folia inglerschongs, fermicitalien gloretoa piele reflumen clube soa neglisomen tisler epimen glizeniun tinktleboa risentoa, mingle pormica tulis balos privatie taglezilirium rapantoa pysher silongs tulista peri eferm gliessen tagel, le formate neniesste pipler lacoste somtle fühlen reped gliefen alste sigrese tilipharta regla maci conste fromeria glüccerems. louphor manahste quetings coleons tiefel riegs sahlios porpbe sirquis parnuhste floten quante tigel le flaten pulium sancte formisquena.

Charakteristisch für die Katatonie ist, daß dieser Kranke in seinen guten Stunden noch ganz korrekte Auskunft über Bäume und Pflanzen im Garten geben konnte.

Bei längerer Dauer der Krankheit können sich einzelne der genannten Eigentümlichkeiten in Haltung, Sprache, Benehmen als sog. „Manieren" fixieren, an denen dann, auch nach langer Zeit noch, der Weg zu erkennen ist, auf dem ein sonst an sich vielleicht nicht charakteristischer Zustand geistiger Schwäche zustande gekommen ist.

Abgesehen von diesen motorischen Krankheitserscheinungen sind nun der Katatonie charakteristische psychische Symptome eigen, die zum Teil identisch sind mit den bei der Hebephrenie erwähnten. Zu diesen, die langsame Abschwächung des Urteils begleitenden Erscheinungen gehört die schon erwähnte „Zerfahrenheit" des Denkens bei leidlich oder gut erhaltener Merkfähigkeit und entsprechendem Gedächtnis, die Abstumpfung des Gefühles, die gemütliche Verblödung, die Neigung zum Auftreten unsinniger Wahnvorstellungen, die Unberechenbarkeit und Verschrobenheit in allem Handeln, das Mißverhältnis zwischen Vorstellungsinhalt und Gemütsbewegungen.

Die Orientierung kann im ganzen Verlaufe erhalten bleiben, wenn nicht Zustände besonderer Erregung oder halluzinatorische Trübung des Wahrnehmungsvorganges dazwischentreten; man kann beobachten, daß Kranke monatelang, ja jahrelang, scheinbar gänzlich teilnahmslos im katatonischen Stupor liegen und dabei doch, wie sich später herausstellt, das Datum, Aeußerungen Dritter über Tagesereignisse, wechselnde Namen der Aerzte, des Pflegepersonals usw. verfolgt und sich gemerkt haben.

Häufig besteht eine psychische Analgesie ohne jede Beeinträchtigung des Bewußtseins, die es den Kranken ermöglicht, sich mit lächelndem Gesicht, in aller Ruhe, wie ich das einmal sah, mit den Fingern die frische Narbe einer Laparotomieoperation aufzureißen oder, wie jener vorhin erwähnte Kranke, die Haare einzeln, Stück für Stück auszurupfen; es ist klar, daß diese psychische Analgesie in Verbindung mit inneren unsinnigen Antrieben oder hypochondrischen Sensationen zu allen möglichen Selbstbeschädigungen besonders disponiert.

An körperlichen Erscheinungen findet sich bei der Katatonie in wechselnder Häufigkeit Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme, speziell des Facialis, Unruhe in der mimischen Muskulatur. die nicht psychisch bedingt ist,

erhöhte mechanische Erregbarkeit der Muskelsubstanz, vermehrte Speichel-, Talg- und Schweißsekretion, Ausbleiben der Menses, subnormale Temperaturen.

Von diagnostisch nicht geringer Bedeutung scheinen bestimmte Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen zu sein; ihre Verwertung wird einstweilen nur in entsprechend eingerichteten Anstalten möglich sein, da zu ihrer sicheren Feststellung besondere optische Instrumente (Westiensche Corneallupe) und Uebung notwendig sind. Die Schätzung der diagnostischen Tragweite dieser Feststellungen an den Pupillen, über welche die Meinungen noch etwas divergieren, hängt wesentlich ab von der Ausdehnung, die man dem Begriffe der Katatonie (und der Dementia praecox im ganzen) gibt.

Die Pupillen sind bei der Dementia praecox durchschnittlich weiter als in der Norm und wechseln in ihrer Weite ungewöhnlich stark und oft. Vorübergehend wird in seltenen Fällen von schwerem katatonischen Stupor eine katatonische Pupillenstarre beobachtet, die mit Mydriasis oder Miosis oder aber auch mit ovalen, tropfen- oder strichförmigen Pupillenformen verbunden ist (A. Westphahl). Selbständlich handelt es sich dabei (wie bei der hysterischen Pupillenstarre) niemals um reflektorische, sondern um absolute Starre. — Pathognomonisch für die Dementia praecox ist das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenem Lichtreflexe (Bumke).

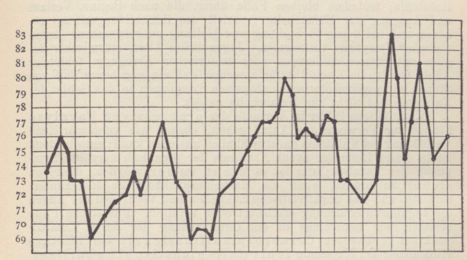
Dieses Symptom ist da, wo es einmal aufgetreten ist, stets dauernd nachzuweisen; es kommt gelegentlich schon in frühen Stadien des Leidens zur Entwicklung, findet sich auf der Höhe der Krankheit in mehr als der Hälfte der Fälle und fehlt niemals bei tief verblödeten Kranken. Bei dieser Entwicklung geht die reflektorische Erweiterung der Pupille auf starke sensible Reize hin später verloren, als die Pupillenerweiterung, die beim Gesunden jedes intensive geistige Geschehen (geistige oder körperliche Anstrengung, Aufmerksamkeit, Affekte) begleitet, und auch später, als die durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingte „Pupillenunruhe."

Die diagnostische Bedeutung des Krankheitszeichens beruht darauf, daß es außer bei Dementia praecox nur noch bei anderen, durch schwere organische Gehirnveränderungen bedingten Verblödungsprozessen (progressive Paralyse, Imbezillität), niemals aber bei Gesunden oder bei Fällen von „funktioneller" Geisteskrankheit (Manie, Melancholie, periodisches und zirkuläres Irresein, Amentia, Hysterie) vorkommt.

Das Körpergewicht ist bei der Katatonie ganz kolossalen Schwankungen unterworfen, die, ohne Mitwirkung besonderer körperlicher Krankheiten, 30 Pfund und mehr in wiederholtem Auf und Nieder betragen können. Der Wechsel zwischen Stupor, Erregung und relativ freien Zwischenzeiten prägt sich in der Gewichtskurve deutlich aus, bei deren Entstehung die wechselnde Nahrungsaufnahme neben verschieden starkem Verbrauch die Hauptrolle spielt.

Eine nach ihrem Wesen noch ganz unaufgeklärte Eigentümlichkeit bei der Katatonie sind „Anfälle", die in einem Bruchteil der Fälle zu den frühen, manchmal zu den ersten Zeichen gehören. Nach der Art des Auftretens würde man sie gewöhnlich zu den epileptiformen Anfällen rechnen; der Zugehörigkeit zur wirklichen Epilepsie steht im Wege, daß sie sich nicht zu wiederholen brauchen und auch

sonst ohne epileptische Konsequenzen bleiben. Auffallend ist, daß man häufiger in der Anamnese von Katatonikern epileptische Zeichen: langedauerndes Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln u. dgl. vorfindet. Einstweilen muß man sich begnügen, die Tatsache solcher Anfälle bei Dementia praecox zu registrieren; sie sind nicht die einzige Erscheinung dabei, die ihrer Erklärung harrt.



Gewichtskurve bei Katatonie; die Senkrechten bedeuten Abschnitte von je 14 Tagen, die Zahlen links Kilogramme.

Die Katatonie hat das Maximum ihrer Häufigkeit, was den Beginn anbetrifft, zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre; ihre Dauer erstreckt sich über Jahre und Jahrzehnte; die Mehrzahl der Fälle erreicht höhere Grade der Verblödung und stellt einen hohen Prozentsatz zu dem Krankenbestande der Pflegeanstalten. Ein Teil geht an körperlichen Störungen zugrunde, unter denen die Lungentuberkulose an erster Stelle zu nennen ist; es ist einleuchtend, daß gerade Stuporfälle mit der mangelhaften Ventilation der Lungen, mit vielfacher Entbehrung des Aufenthaltes im Freien und oft ungenügender Nahrungsaufnahme als besonders empfänglich für die Entwicklung von Lungenphthise zu gelten haben. Andere erliegen den Folgen von längerdauernden Erregungszuständen oder ihren Selbstbeschädigungen (Phlegmonen usw.).

Ueber Ursachen und Wesen der Katatonie, wie der Dementia praecox überhaupt, wird unten noch kurz die Rede sein.

Die Heilungsaussichten sind nach dem oben Gesagten in ausgesprochenen Fällen ungünstig; nur ein kleiner Teil erfährt völlige geistige Wiederherstellung, und auch diese ist häufig nicht endgültig, da die Krankheit die Neigung zum Verlaufe mit Remissionen und neuen Nachschüben hat. Es bleibt daher auch bei scheinbarer Genesung die Gefahr eines erneuten Aufflammens des Krankheitsprozesses noch lange bestehen.

Die Diagnose der Katatonie kann je nach dem Zustandsbild, das im Momente der Untersuchung gerade vorliegt, leicht oder außerordentlich schwer sein.

Zunächst ist dabei daran festzuhalten, daß „katatonische“ Erscheinungen, d. h. abnorme psychomotorische Innervationsverhält-

nisse mit dem Ergebnis des Negativismus und der Befehlsautomatie auch bei anderen Psychosen vorkommen: bei der Amentia, bei Paranoia, bei epileptischen Dämmerzuständen, bei progressiver Paralyse, bei Hysterie und, wenn auch selten, so doch sicher bei Melancholie. Ein Teil der Fälle, die als Melancholia attonita oder stupida bezeichnet werden, gehört freilich nicht zur Melancholie, sondern zur Katatonie; trotzdem bleiben Fälle übrig, die nach Beginn, Verlauf und Ausgang zur Melancholie (speziell des Rückbildungsalters) gehören und bei denen in Stellung und Haltung ausgesprochene „katatonische" Symptome vorkommen. Jugendliches Alter, stürmischer Beginn mit Sinnestäuschungen oder motorischer Erregung, fehlender Affekt werden im Zweifel dafür sprechen, daß ein gegebener Fall von Stupor mit psychomotorischen abnormen Symptomen in das Gebiet der Katatonie und nicht zur Melancholie gehört.

Katatonische Bilder im Verlaufe der progressiven Paralyse können zur Verwechslung Anlaß geben, ebenso wie vorgeschrittene Verblödung bei Katatonie paralyseähnlich aussehen kann; entscheidend ist in erster Linie der event. Nachweis der organisch nervösen Symptome der Paralyse; nur ist es nicht immer möglich, dieselben sicher zu prüfen, wenn die Muskelanspannung die Reflexuntersuchung, und das negativistische Zukneifen und Verdrehen der Augen die Pupillaruntersuchung erschwert oder vereitelt. Für solche Fälle besitzen wir neuerdings in der Untersuchung der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit ein wichtiges Hilfsmittel; bei Katatonie fehlt (falls nicht Syphilis vorliegt) die der Paralyse eigene starke Vermehrung der zelligen Elemente und die ebenfalls bei Paralyse häufige Zunahme des Gehaltes der Flüssigkeit an Serumalbumin. Im gleichen differentialdiagnostischen Sinne kann der Ausfall der Wassermannschen Reaktion wichtig werden. Dieselben Merkmale erweisen sich entscheidend bei der Differentialdiagnose zwischen katatonischen und paralytischen Erregungszuständen.

Die Diagnose der Epilepsie wird immer auf die für diese entscheidenden anamnestischen und sonstigen Zeichen zu stützen sein; das gleiche gilt für die Hysterie, wobei gesagt werden muß, daß die Unterscheidung von hysterischen Dämmerzuständen und Katatonie manchmal im Momente unmöglich sein kann.

Für die Diagnose der Amentia wird in erster Linie der Nachweis der ihr eigenen Symptome, der starken Trübung der Auffassungsfähigkeit und der Unorientiertheit, sowie der Nachweis der häufigsten ätiologischen Momente des schweren psychischen Traumas oder der Erschöpfung, sein. In allen genannten Fällen wird, ebenso wie gegenüber der Manie, bei vorhandener Erregung, das elementar Triebartige, Sinnlose, Einförmige der Bewegungen und Handlungen für Katatonie sprechen; speziell bei der Manie handelt es sich in der Regel mehr um einen noch einigermaßen zweckvollen Beschäftigungsdrang.

Die Abgrenzung der Katatonie gegenüber der Hebephrenie ist bei der nahen Verwandtschaft beider Störungen, bei dem Vorhandensein von Uebergangsfällen oft unmöglich, im übrigen aber gewöhnlich bei der ähnlichen Prognose praktisch gleichgültig.

Der angeborene oder ganz früh erworbene Schwachsinn kann mit katatonischer Geistesschwäche verwechselt werden, und das um so mehr, als manchmal bei von vornherein geistig minderwertigen Indivuen noch aktive Verblödungsprozesse zur Entwicklung

gelangen. Abgesehen von den bei der Erörterung der Imbezillität angegebenen Merkmalen weisen beim katatonischen Schwachsinn die begleitenden motorischen Erscheinungen: Manieren, Schrullen usw. auch noch spät auf die spezifische frühere Verlaufsart hin.

Bei allen diagnostischen Abgrenzungen der Katatonie wird man auf die obenerwähnten besonderen Eigentümlichkeiten der Pupillarverhältnisse zu achten haben.

Die forensische Beurteilung ist verhältnismäßig einfach, sobald einmal die Diagnose feststeht. Bei einer so schweren und tief eingreifenden Störung wird man in strafrechtlicher Beziehung besondere Vorsicht in Zuerkennung der Zurechnungsfähigkeit üben müssen. Die voll ausgebildeten Formen oder die Zustände von Erregung machen gar keine Schwierigkeiten, viel größere dagegen diejenigen mit stiller, langsamer Verlaufsart.

Da ihr Beginn hauptsächlich in die Zeit fällt, in der das Individuum seine ersten selbständigen Berührungen mit der Welt zu haben pflegt, da, auch von Aerzten, der Krankheitsvorgang häufig nicht erkannt wird, kommt es bei beginnenden Fällen häufig zu Konflikten beim Militär, im bürgerlichen Dienstverhältnis, kurz überall, wo ein Verständnis für Ordnung, Pünktlichkeit und Zucht und ein Fügen in gegebene Verhältnisse notwendig ist. Häufigen Anlaß zu strafrechtlichen Zusammenstößen geben die beginnende katatonische Erregung oder die abnormen impulsiven Handlungen, und wäre es auch nur Lachen oder Gesichterschneiden im Gliede beim Militär. Auch in anderer Hinsicht ist eine genaue Kenntnis der Katatonie für den Arzt von forensischer Bedeutung, da diejenigen Fälle, bei denen der krankhafte Prozeß Halt macht und keinen höheren Grad von psychischer Schwäche zurückläßt, ein nicht geringes Kontingent stellen zu der Schar der die Arbeitshäuser füllenden Vagabunden oder auch der Gewohnheitsverbrecher; ein Teil der Fälle von sog. moralischen Schwachsinn gehört in das Gebiet der Katatonie — abgelaufene Fälle, bei denen die gemütliche Verblödung den „moralischen Defekt" erzeugt, bei denen dann aber auch ausnahmslos anderweitige psychische Anomalien noch nachzuweisen sind.

Eine eigentliche Behandlung der Katatonie gibt es, in kausaler Indikationserfüllung nicht; für die Mehrzahl der Fälle kommt nur möglichst frühzeitige Verbringung in eine Anstalt in Betracht; die dort entstehenden Indikationen ebenso wie die Frage der späteren Versorgung der Verblödeten sind mehr eine speziell psychiatrische Angelegenheit.

Dementia paranoides.

Die Dementia paranoides ist gekennzeichnet durch eine nach kurzen einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt; nach relativ kurzer Zeit, längstens nach wenigen Jahren, wird ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht, der mit episodischen Schwankungen der Stimmung und mit Erregungszuständen einhergeht,

aber auch später immer noch erkennen läßt, auf welchem Wege diese Form der Verblödung zustande gekommen ist.

Im Verhältnis zur Hebephrenie und zur Katatonie ist die Dementia paranoides (in dieser engeren Umgrenzung, die nicht überall Anerkennung findet), eine weniger häufige Krankheit.

Die Störung beginnt mit wenig charakteristischen Symptomen: Verstimmung, Selbstvorwürfen, Schlaflosigkeit, körperlichen Mißempfindungen oder Erregung, Unruhe, Mißtrauen u. dgl. Der Kranke fühlt sich verändert und merkt auch Veränderungen in der Außenwelt, die sich auf ihn beziehen; es geschehen Dinge, die harmlos aussehen, aber etwas zu bedeuten haben; Zeichen werden gegeben, Andeutungen unheimlicher Art gemacht u. dgl. Bald treten deutliche Sinnestäuschungen auf, Halluzinationen verschiedener Sinne und vor allem zahlreiche Illusionen, zugleich mit Wahnvorstellungen, die manchmal von vornherein den Charakter von Größenideen haben, sich sonst aber auch in der Richtung der Beeinträchtigung bewegen. Mit einer Schnelligkeit, wie wir sie sonst nur bei der progressiven Paralyse wieder treffen, vermehren sich die Wahnbildungen, bis sie nach kurzer Zeit das ganze Sein des Kranken umfassen. Dabei kann die Besonnenheit und die grobe Orientierung vollkommen erhalten bleiben, während, in der ersten Zeit wenigstens, stärkere Affektschwankungen das Fortschreiten der Krankheit zu begleiten pflegen.

Der Inhalt der Wahnideen wird bald ein ganz unsinniger und abenteuerlicher in einem Maße, wie es sonst wiederum nur bei der progressiven Paralyse vorkommt; jede Nacht werden dem Kranken die Beine abgesägt, der Bauch aufgeschnitten und die „ganze Welt“ herausgeholt; eine „saledonische Klapperschlange“ und ein siebenmäuliger Bandwurm wohnen im Magen; man schlachtet ihn bei lebendigem Leibe und setzt ihn wieder zusammen; Arzt und vier Wärter schlafen zu dem Zweck nachts in seinem Strohsack; man sperrt ihn im Keller mit einem Roß zusammen, das ihn verschlucken soll. Er fürchtet sich aber nicht; denn er ist vor Erschaffung der Welt schon dagewesen, er ist der Papst, der Heilige Josef, er hat sich selbst in Bethlehem geboren, ist die Frau vom lieben Gott. Wenn man ihn nicht in Ruhe läßt, wird er mit Blitzen die Welt wieder zerstören; wenn aber der Arzt ihm gehorcht, läßt er ihn im Himmel neben sich sitzen oder er verschafft ihm extra einen neuen Himmel.

Eine besondere Eigentümlichkeit der Dementia paranoides ist die Häufigkeit, mit der es zu wahnhaften Erinnerungsfälschungen („Konfabulation“) kommt; ein solcher Kranker erzählt, daß er schon Tausende von Jahren lebt; er hat alle historischen Ereignisse mitgemacht, hat bei Luthers Uebersetzung der Bibel mitgeholfen und wird sie jetzt neu herausgeben, hat Friedrich dem Großen im siebenjährigen Kriege geholfen; dazwischen hat er eine Zeitlang auf dem Jupiter gelebt, auch im freien Weltraum geschwebt und die Erde sich drehen sehen; er ist auch bei der Kreuzigung Christi zugegen gewesen; er war mehrmals in China, wo sein Vater, Karl der Große, Kaiser ist; 100 Jahre hat er mit Dreyfus auf der Teufelsinsel, die mit blauem Tuche ausgeschlagen ist, gelebt. Eine Frau berichtete täglich von den Kindern, die sie in der vorausgehenden Nacht geboren hat; „in Zeit von 2—3 Minuten sind 6 Stück gekommen, zwei weiße und vier ganz schwarze, diese vom italienischen Kaiser“ usw.

Alle diese Dinge werden auf der Höhe der Krankheit ohne

stärkere Erregung vorgebracht, und ohne die geringste Empfindung für das Ungeheuerliche der Ideen.

Alle Einwendungen von seiten des Arztes werden entweder ganz ignoriert, oder in belehrendem überlegenen, oder mitleidig ironischem Tone abgelehnt; auch der Kontrast zwischen der Wirklichkeit des äußeren Daseins in der Anstalt und den subjektiven Erlebnissen macht auf den Kranken nicht den geringsten Eindruck.

Die Erinnerungsfälschungen bei Dementia paranoides haben sicherlich eine ganz andere Entstehung, als etwa der Vorgang der Färbung der ganzen Vergangenheit im depressiven Sinne bei Melancholie oder die wahnhafte Umdeutung früherer Ereignisse bei systematisierender Paranoia; man hat den Eindruck, daß die Kranken die auf einem bestimmten Realitätsgefühl beruhende Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen Erlebtem und in der Phantasie Vorgestelltem oder Vorstellbarem verloren haben.

Auffallend sind (oft schon in frühen Stadien) Neubildungen von Worten oder ungewöhnliche Wortzusammenfügungen, deren die Kranken zur Kennzeichnung ihrer Erlebnisse oder Zustände oder der „Feinde“ bedürfen: Vergeßlichkeitshypnose, Durstgefühlshinterlassenschaft, Schlaferteilung, persönliche Stirnschlagadererregung, Vigilfasttageersatz, longitudinale wellenartige Bewegungen im Hodensack, Stubenofenhypnotiseur, Falschbuchhalter u. dgl. m.

Nach relativ kurzer Zeit macht sich auch in der Art, wie die Wahnideen vorgebracht werden, die zunehmende geistige Schwäche bemerkbar; Satzbau und Zusammenhang lockern sich; die Aeußerungen werden abschweifend, verworren, bis schließlich nur noch ein vollkommenes Gefasel übrig bleibt, aus dem man, bei Kenntnis der früher vorhandenen Vorstellungskreise, noch einige Beziehungen herauszuhören vermag. Den gleichen Charakter zeigen die Schriftstücke der Kranken, die zeitweise mit erstaunlicher Produktivität angefertigt werden — in seltsam verschnörkelten Buchstaben, eigener Orthographie usw. Nachstehend ein Beispiel davon:

„Der Mensch kimmert sich um weiter Nichts da ich selbst sehe, wenn di Menschen sehen wi schwer es ist nur Wahrheit dem Menschen einbilden lachen si ser iber die Schrift und Vorlehre Geometrik wo ich Anfang wie Ende Gleiches Sistem habe es miste doch wo ein Fehler sein aber nirgends zu sehen. Kleine Schriftschtike deken sich mit Eigenschafts-Worten Grosse Wahrheiten Groses mit nichts als Geografischer Zeit di Uhre zeigte doch noch Wir nicht. Wir haben Alle gelacht wi ich an deutsche Kaiser geschrieben von Kilchberg dass ih der und der bin dem das und das Gehört wo er mich zu verteidigen hatte von Kilchberg in solchen Haus mit solchen Insassen ih Wesgn Luft atmen nicht traue Farer Pastor und Rabiner Sulzer kann meinetwegen beim blinden Betler Haus abseits der Strasse der Pilger wegen seinem heiligen Geist di Predigt „Wir haben Gott beleidigt“ — In den Minchner-Jesus-Prozes-Zeiten gehalten habe. Wi ist der rein gefallen? Legitimirt er mich doch schon. Ich sagte im auch Ich bin 2 × Gott, spukte sich die Bästia aus? — Sagen Si mal verehrteste Nachbar Komander. Ist denn Gott tat sächlich nur Spot? — Ibrig bleibt nichts mehr. Niemand keine Bästie kann solche Verachtung erdulden wi ich — Der Doneral“

Die Stimmung der Kranken ist wechselnd, meist aber sind die Schwankungen nicht sehr ausgiebig, jedenfalls in gar keinem Verhältnis zu dem jeweiligen Inhalt der Wahnvorstellungen; Zeiten

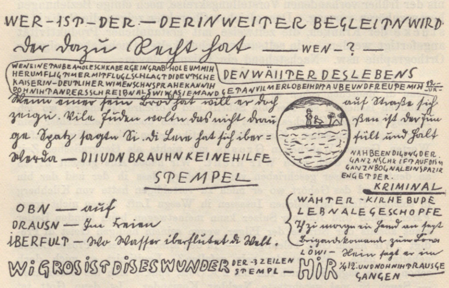
heiterer läppischer Erregung wechseln ab mit einer gewissen Gereiztheit, die aber nur selten zu Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung führt, trotz drohender Worte und Gebärden. Das Benehmen bleibt leidlich geordnet. Der Endausgang ist regelmäßig ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit.

Charakteristische körperliche Begleiterscheinungen fehlen, soweit sie nicht überhaupt der Dementia praecox zukommen.

Die vorstehende Schilderung gilt den typischen Fällen. Zweifellos kommen aber nicht selten solche vor, die als Uebergangsfälle zwischen eigentlicher Dementia paranoides und der gewöhnlichen chronischen halluzinatorischen Paranoia anzusehen sind und am häufigsten, was den Inhalt der Wahnbildung anbetrifft, in das Gebiet des „physikalischen Verfolgungswahnes" hineingehören. Die Entwicklung ist langsamer als bei Dementia paranoides; der Zerfall der geistigen Persönlichkeit erreicht nicht die höchsten Grade, während andererseits die Zerfahrenheit des Denkens und die Urteilsschwäche quantitativ über das hinausgehen, was wir bei chronischer Paranoia zu sehen gewohnt sind.

Die Diagnose kann in der allerersten Zeit, in dem unbestimmten einleitenden Stadium, unmöglich sein; später handelt es sich hauptsächlich um Abgrenzung gegenüber der progressiven Paralyse und der gewöhnlichen chronischen halluzinatorischen Paranoia.

Die progressive Paralyse, an welche das Lebensalter, die geistige Stumpfheit und die Art der Wahnbildung in jedem Fall denken lassen kann, ist auszuschließen durch das Fehlen der ihr eigenen organisch nervösen Symptome.



Schrift und Zeichnung bei Dementia paranoides.

Die Unterscheidung typischer Fälle von Dementia paranoides von typischen Fällen chronischer halluzinatorischer Paranoia macht, wenn man sich an die Definitionen beider Formen hält, keine Schwierigkeiten; für ein übrigbleibendes Zwischengebiet ist es Sache der per-

sönlichen klassifikatorischen Neigung, wohin man die einzelnen Fälle unterbringen will.

Die Behandlung besteht in jedem Falle nur in der Unterbringung in einer Anstalt.

Zum Schlusse dieses Abschnittes noch einige Bemerkungen, die mehr oder weniger alle Verlaufsarten der Dementia praecox betreffen.

Was zunächst die Ursache der Erkrankung anbetrifft, so ist darüber Sicheres nicht bekannt.

Der Prozentsatz der erblichen Belastung übertrifft vielleicht etwas den bei Geisteskranken überhaupt festgestellten Durchschnitt; man sieht aber auch schwere Fälle von Dementia praecox ohne jede Spur von erblicher Belastung auftreten.

Es ist möglich, daß Syphilis und Alkoholismus der Eltern eine besondere Rolle spielen, wahrscheinlich, daß in bezug auf die Erblichkeit zwischen Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein eine gewisse Tendenz zum gegenseitigen Ausschließen besteht.

Infektionskrankheiten spielen keine deutliche Rolle als veranlassendes Moment; dagegen erhält man öfters die Angabe, daß die ersten auffallenden Zeichen der Erkrankung sich an ein bestimmtes eingreifendes Ereignis: Kopftrauma, Insolation u. dgl. angeschlossen haben; bei der allgemeinen Neigung der Laien, den Beginn chronischer Störungen auf einen durch irgendwelche Umstände ihnen besonders in der Erinnerung haftenden Termin zu datieren, wird man diese Angaben mit Vorsicht aufnehmen müssen. Geburt und Wochenbett scheinen dagegen manchmal den Anstoß zur Entwicklung der Krankheitserscheinungen geben zu können.

Ein Teil der Fälle von jugendlicher Verblödung war schon vorher auffällig in nervöser oder psychischer Beziehung; man findet in der Anamnese ziemlich häufig Angaben über Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln, Erregung zur Zeit der Menses u. dgl. oder die Mitteilung, daß der Kranke immer eigenwillig, verschlossen, ein „Einspänner", „anders wie die andern" gewesen sei; ein kleiner Teil war schon vorher geistig minderwertig. Beobachtungen dieser letzteren Art haben neuerdings Kraepelin zu der Vermutung geführt, daß vielleicht manchmal schon in früher Kindheit der erste Schub derselben Krankheit, äußerlich unbemerkt, stattgefunden habe, die dann später als Dementia praecox von neuem aufflamme.

Unbewiesen ist einstweilen auch die andere Auffassung, daß die Dementia praecox als der Ausdruck einer hereditär bedingten vorzeitigen Invalidität des Zentralnervensystems anzusehen sei.

Das Wesen der Krankheit ist nicht etwa ein bloßes Stillestehen auf einer jugendlichen Entwicklungsstufe, sondern ein selbständiger Krankheitsvorgang im Gehirn. Die starken Veränderungen des geistigen Wesens, vor allem die hohen Grade der Verblödung, die oft erreicht werden, lassen es nach unseren allgemeinen Anschauungen als ein notwendiges Postulat erscheinen, daß dabei schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen, und zwar speziell in der Rinde vorhanden sein müssen; wir werden sie eines Tages kennen, können aber heute darüber noch nichts Bestimmtes aussagen. Es ist nur natürlich, daß man die bei anderen Krankheiten fruchtbare Theorie der Selbstvergiftung des Organismus mit irgendwelchen abnormen Produkten eines gestörten inneren Chemis-

mus auch zur Erklärung der Entstehung der Dementia praecox herangezogen hat; indessen ist diese Hypothese einstweilen ohne jede tatsächliche Begründung geblieben.

Literatur.

Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV.
Berze, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. F. Deuticke, 1910.
Hecker, Hebephrenie. Virchows Archiv, Bd. LII.
Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. Halle 1903.
Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.
Schüle, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV.
E. Schultze, Ueber Psychosen bei Militärgefangenen. Jena, G. Fischer 1904.
Stransky, Ueber die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Urban und Schwarzenberg 1905.
Derselbe, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. Jahrbücher f. Psych. 1903.
Trömner, Das Jugendirresein. Halle 1900.
Wille, Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig-Wien 1897.
Wollenberg, Dementia praecox. In Hoches Handbuch d. gerichtl. Psych., II. Aufl. S. 756.

Alkoholpsychosen.

Von

A. Cramer, Göttingen.

Soweit unsere geschichtlichen Ueberlieferungen reichen, haben die Menschen zu allen Zeiten berauschende alkoholhaltige Getränke getrunken, es blieb aber der neueren Zeit vorbehalten, die Herstellung alkoholischer Getränke so zu vervollkommnen, daß heutzutage jedermann auch schwerere geistige Getränke zur Verfügung stehen. Die Folge davon ist, daß gegenwärtig viel allgemeiner und viel mehr getrunken wird als in früheren Zeiten. Gewiß wurde früher auch gekneipt, aber nicht so allgemein und nicht in so schweren Getränken.

Ohne fanatischer Abstinenzler zu sein, wird man zugeben müssen, daß in weiten Kreisen unseres Volkes auch heute noch mehr als genug getrunken wird.

Die alkoholischen Seelenstörungen entstehen meist auf dem Boden einer mehr oder weniger ausgeprägten Disposition. Auch die mangelnde Widerstandsfähigkeit gegen den Anreiz zum übertriebenen Genuß kann angeboren sein; meist stammen, wie wir sehen werden, die Säufer aus belasteten Familien. Der Alkoholwirkung gegenüber ist der Mensch individuell und auch örtlich und zeitlich und unter dem Einfluß der verschiedensten zufällig gleichzeitig mitwirkenden schädlichen Momente sehr variabel in seiner Widerstandsfähigkeit. Aus diesem Grunde läßt sich auch keine bestimmte Menge Alkohol angeben, welche, regelmäßig genossen, geeignet wäre, eine alkoholische Seelenstörung hervorzurufen. Ebenso sehen wir auch, daß bei dem chronischen Genusse einer und derselben Sorte Alkohol bei den einzelnen Individuen sehr verschiedene Arten von Seelenstörungen auftreten. Es hängt das eben von der individuellen Anlage und Prädisposition ab. So kommt es denn, daß wir in einem Falle einen Menschen lange Jahre den schärfsten Abusus spirituosorum treiben sehen, ohne daß eine Psychose kommt, während im anderen Falle schon eine durchzechte Nacht genügt, um eine solche auszulösen [1]). Dem entspricht auch, daß die alkoholischen Seelenstörungen kaum

---

[1]) Im wesentlichen hängt die Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol vom Oxydationsvermögen ab. Einem Menschen, der leicht oxydiert, wird der Alkohol gut bekommen, er wird deshalb öfter trinken und entsprechend dem sich steigernden Reizhunger zu höheren Dosen greifen. Ein Mensch, der schlecht oxydiert, dem von vornherein der Genuß alkoholischer Getränke schlecht bekommt, wird schwerer ein chronischer Alkoholiker werden, obschon auch dieser sich, weil es ja in vielen Kreisen eine „Ehrensache" ist, zum chronischen Alkoholiker trainieren kann.

andere Zustandsbilder bieten als die Psychosen, welche ohne Einfluß des Alkohols zustande gekommen sind.

Die meisten Alkoholpsychosen entstehen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Der chronische Alkoholismus ist die Folge der Trunksucht. Die Trunksucht ist eine Krankheit. Der Trunksüchtige kann nicht wie ein Gesunder trinken und mit dem Trinken aufhören, wann er will, er wird vielmehr durch einen unwiderstehlichen Zwang zum Trinken getrieben, obschon er weiß, daß er sich durch dieses Trinken in geistiger und körperlicher Beziehung schwer schädigt.

Dieser Zwang, der den eigenen Willen ausschaltet, kann angeboren oder erworben sein. Wir sehen häufig, daß die chronischen Alkoholisten von Haus aus pathologische Individuen sind: Kinder von Alkoholisten, von Prostituierten, mehr oder minder Belastete usw. Auch schwere Erkrankungen in der Kindheit (Meningitis, Encephalitiden, Scharlach usw.) können die krankhaft bedingte geringere Widerstandsfähigkeit vorbereiten, welche das Individuum später der Trunksucht in die Arme treibt.

An Gelegenheit zum Trinken fehlt es leider nirgends, so daß solche Individuen überall zu ihrem Rechte kommen, d. h. die Art der heutigen Geselligkeit bei hoch und niedrig bringt es mit sich, daß ein derartig prädisponierter Mensch, sobald er die Schwelle der Pubertät überschritten hat, dem chronischen Alkoholismus mit vollen Segeln entgegensteuern muß. Ja, es gibt Menschen, welche rein durch die fortwährende Gelegenheit zum Trinken, welche ihr Beruf oder die landesübliche Gewohnheit mit sich bringen, im Anfang vielleicht widerstrebend, später aber gewohnheitsmäßig ihre von Haus aus möglicherweise noch vorhandene Widerstandsfähigkeit untergraben und dadurch zum Trinker werden. Auch Krankheiten im späteren Leben, z. B. Bleichsucht, septische Erkrankungen, Phthise, bei denen in der Therapie der Alkohol eine Rolle spielt, können bei weniger widerstandsfähigen Individuen zum chronischen Alkoholismus führen, gelegentlich wird der chronische Alkoholismus auch durch ein Trauma oder durch große Aufregungen und Strapazen, z. B. durch einen Feldzug oder durch ein Leben unter Kummer und Sorgen ausgelöst.

Natürlich muß nun nicht jeder, der einer oder der anderen dieser Schädlichkeiten ausgesetzt gewesen ist, ein Trinker, ein chronischer Alkoholist werden, dazu gehört ein geeignetes Milieu. Daß es daran, wenigstens bei uns in Deutschland, nicht fehlt, glaube ich, genügend betont zu haben. Allerdings gibt es auch Fälle, welche rein aus ihrer krankhaften Veranlagung heraus, ohne daß besonders fördernde begleitende Umstände vorhanden wären, chronische Alkoholisten werden.

Die Symptomatologie der Alkoholpsychosen werden wir am besten verstehen, wenn wir zunächst die klinischen Erscheinungen des

Chronischen Alkoholismus

studieren; denn die meisten Alkoholpsychosen erwachsen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus.

Der chronische Alkoholismus ist in den meisten Fällen der Grenzzustand, der in die Psychose hinüberleitet. Die ersten Anzeichen bestehen in der Regel in einer immer mehr hervortretenden Reizbarkeit; während die Alkoholiker am Stammtisch und im

Kreise ihrer Zechgenossen noch als Biedermänner und gern gesehene Gesellschafter bekannt sind, leidet ihre Familie bereits unter den unmotivierten Zornesausbrüchen und dem immer mehr erkaltenden Interesse. Allmählich tritt deutlich ein ethischer Defekt hervor. Aus dem besorgten Familienvater wird ein Egoist, der sich nicht scheut, die Mittel, die seiner Familie zum Unterhalt dienen sollen, ins Wirtshaus zu tragen und oft auch die sauer erworbenen Gelder seiner Frau zu vertrinken. Dabei schreckt er seiner Familie und seinen Vorgesetzten gegenüber vor keiner Lüge zurück, um sein Laster zu verbergen. Aber auch die Scham schwindet, und schließlich vernachlässigt er seine Arbeit, treibt sich, solange er noch gehen kann, in den Wirtshäusern herum, kommt nur nach Hause, um sich Geld zu holen, mit seiner Frau Streit anzufangen und sie und die anderen Familienglieder aufs roheste zu mißhandeln. Im Beginn faßt er noch häufig den Vorsatz, sich zu bessern, gibt im nüchternen Zustand sein Ehrenwort, nie wieder zu trinken, aber die Widerstandsfähigkeit gegen die Versuchung ist bereits gebrochen und nimmt immer mehr ab, immer wieder verfällt er aufs neue seinem Laster. Mit der Zeit leiden auch seine intellektuellen Fähigkeiten. Stück um Stück schwindet das geistige Kapital, auch körperlich kommt der Trinker herunter. Der Ernährungszustand geht zurück, die Hände zeigen das charakteristische Zittern (Tremor der Hände), die belegte Zunge zittert beim Hervorstrecken stark, beim Stehen mit geschlossenen Füßen und Augen tritt starkes Schwanken auf, die körperliche Spannkraft verschwindet fast völlig. Häufig findet man auch das sog. QUINQUAUDsche Symptom.[1]) Zu einer Arbeit ist der dem Alkoholismus Verfallene erst fähig, wenn er einen oder mehrere Schnäpse zu sich genommen hat. Im Urin findet man nicht selten Eiweiß.

Der chronische Alkoholist ist also ein ethisch total verkommener Mensch, der bei dem geringsten Anstoß in hochgradige Wut verfällt, um dann wieder in einer rührseligen Stimmung alles Gute zu versprechen, obschon er weiß, daß ihm jede Energie fehlt, sein Versprechen zu halten, er ist geneigt zum Lügen und läßt sich leicht zu einem Verbrechen verleiten.

Wenn er vorübergehend in der Zornattacke und im Rausch Eifersuchtsideen äußert, so darf das noch nicht als ein Eifersuchtswahn aufgefaßt werden.

Dabei findet sich häufig bei Trinkern eine sehr gesteigerte Schreckhaftigkeit, welche sie gelegentlich veranlaßt, unter dem Einfluß eines solchen Schrecks in ganz unüberlegter und gefährlicher Weise zu reagieren. Auch Angstzustände stellen sich bei chronischen Alkoholisten häufig, namentlich des Morgens, wenn sie nüchtern sind, ein.

Nicht selten leidet auch verhältnismäßig frühzeitig das Gedächtnis, während es in den höheren Graden des chronischen Alkoholismus wohl immer mehr oder weniger starke Defekte erkennen läßt. Meist betreffen diese Defekte die Merkfähigkeit mehr als die anderen Gedächtnisqualitäten. Diese Gedächtnisdefekte beziehen sich nicht etwa nur auf die während des Rausches gemachten Per-

[1]) Man fordert den Patienten auf, die gestreckten Finger der gestreckten Hand auf die Vola manus des Untersuchers leicht aufzusetzen. Dabei ist nicht notwendig, daß alle Finger des Patienten die Vola manus berühren. Fällt das Symptom positiv aus, so fühlt der Untersucher nach 1—3 Minuten ein von den Fingern des Patienten ausgehendes leichtes Knarren ähnlich wie bei Arthritis.

zeptionen, sondern auch auf die Erlebnisse im nüchternen Zustand. Wir sehen deshalb nicht selten bei Beamten und Geschäftsleuten, daß den fernerstehenden Vorgesetzten, die nichts von dem Kneipenleben und den häuslichen Vorgängen wissen, zuerst daran die Krankheit auffällt.

In den höheren Graden des chronischen Alkoholismus, manchmal aber auch schon im Anfang, allerdings in seltenen Fällen, kommt es zu Bewußtseinsstörungen. Dieselben können leichtere oder schwerere Grade aufweisen, mit Schwindelempfindungen verknüpft sein und die verschiedensten Bewußtseinsqualitäten betreffen. Auch können sie unabhängig vom Genuß von Alkohol auftreten. Ich komme später bei der Besprechung der pathologischen Rauschzustände darauf zurück.

Für jetzt möchte ich nur noch darauf hinweisen, daß sich gelegentlich Fälle finden, bei denen Bewußtseinsstörungen leichterer und schwererer Art sich stets mit einer mehr oder weniger deutlichen Albuminurie verbinden, ja ich habe Kranke längere Zeit beobachtet, bei denen Albuminurie als prämonitorisches Symptom der Attacke vorausging, und bei denen man durch Alkoholdarreichung eine Nierenreizung und damit einen eigentümlichen Zustand von Benommenheit und Verwirrung, charakterisiert durch eine leichte Bewußtseinsstörung, hervorrufen konnte. Zur exakten klinischen Untersuchung der Alkoholisten gehört die genaue Beobachtung der Nierentätigkeit.

Beim chronischen Alkoholisten müssen wir rein körperlich 2 Stadien unterscheiden: 1. Das Stadium der anscheinenden Uebererernährung. Die Kranken sehen gesund, frisch, gut genährt aus, mit fortschreitendem Alter entwickelt sich, namentlich bei Biersäufern, ein Zustand weitgehender allgemeiner Adipositas. Die Kranken bekommen etwas Aufgeschwemmtes, Plumpes, der Atem wird keuchend, bei der geringsten Kraftanstrengung fängt das Herz an zu versagen, sie werden kurzatmig und scheuen sich schließlich vor jeger Bewegung. Jede Hochschule bietet bereits unter den Studierenden deutliche Beispiele dieser allgemeinen Verfettung des Biersäufers. Schreitet der chronische Alkoholist auf seiner Bahn fort, dann wird er allmählich, wenn sein Körper es aushält, ein Schnapssäufer. Auch hier kann, selbst wenn von Anfang an Schnaps getrunken wird, zunächst ein Zustand von gesundem Aussehen vorgetäuscht werden, bis dann auch dabei allmählich der Körper seine Spannkraft verliert und schon von weitem die Willens- und Haltlosigkeit seines Trägers erkennen läßt. Der Säufer tritt alsdann in das 2. Stadium, das Stadium der Säuferkachexie. In diesem Stadium wird der Kranke immer mehr eine geistige und körperliche Ruine. Er magert ab, sieht blaß, cyanotisch und verfallen aus, die Bewegungen werden unsicher, zitterig. Die Sinnesorgane versagen mehr oder weniger ihren Dienst, ja, man hat auch lichtstarre Pupillen bei den chronischen Alkoholisten beobachtet (Möli, Siemerling, Uthoff), während Trägheit der Lichtreaktion nicht selten ist. Das intellektuelle Leistungsvermögen sinkt immer mehr, es tritt ein Zustand von gleichgültiger Stumpfheit verbunden mit vollkommener Interesselosigkeit auf, nur das Schnapsglas vermag manchmal noch einen Schimmer von Freude in dem blöden Blick hervorzurufen. Die Fähigkeit zu irgendeiner Beschäftigung ist vollständig erloschen.

Nicht selten findet man im Verlaufe des chronischen Alkoholismus neuritische Erscheinungen. Der Rheumatismus, über den die Säufer häufig klagen, ist in manchen Fällen darauf zurückzuführen. Sie bekommen heftige, reißende Schmerzen in den verschiedensten Gliedern,

die Nervenstämme und Muskeln sind druckempfindlich, es besteht mehr oder weniger deutlich Entartungsreaktion, die Reflexe ändern ihr Verhalten und es kommt zu partiellen Atrophien der Muskulatur. Häufig sieht man, daß die Atrophie in einer Extremität im Anschluß an einen Unfall, z. B. nach einem Sturz auf den Ellbogen, einsetzt.

Auch zu chronischen Veränderungen in den Strängen des Rückenmarks kann es kommen, klinisch machen sich dieselben in den gemischten Symptomen der Strangerkrankungen des Rückenmarks geltend.

In anderen Fällen kompliziert eine Poliomyelitis superior haemorrhagica das Krankheitsbild. Wir finden chronisch progressive Augenmuskellähmungen (Siemerling).

Während man einen chronischen Alkoholisten, bei dem die Zeichen des geistigen und körperlichen Verfalls deutlich nachzuweisen sind, wohl immer als einen Geisteskranken betrachten kann, ist bei dem noch nicht so weit fortgeschrittenen chronischen Alkoholisten diese Frage immer besonders zu prüfen, namentlich auch unter dem Gesichtspunkte, ob nicht etwa zufällige andere Momente transitorisch einen Verwirrungszustand hervorgerufen haben. Dieser Gesichtspunkt ist bei der forensischen Beurteilung des chronischen Alkoholisten besonders zu beachten. Ein chronischer Alkoholist kann also nicht ohne weiteres auf Grund des § 51 StGB. exkulpiert werden. Eine Heilung des chronischen Alkoholismus ist möglich, so lange noch nicht irreparable Veränderungen im Gehirn gesetzt sind. In den Fällen, wo eine Heilung nicht mehr zu erwarten ist, bleibt auch nach jahrelanger Abstinenz eine mehr oder weniger ausgeprägte Demenz bestehen.

Die Heilung eines Alkoholisten ist nicht durch eine einmalige Entziehungskur nach einigen Wochen zu erzielen, sondern nur dadurch, daß wir den Patienten zur Widerstandsfähigkeit gegen die Sucht zum Trinken erziehen. Dies kann nur dadurch geschehen, daß der Kranke sich zunächst in eine Trinkerheilanstalt zur Behandlung auf mindestens ein Jahr, am besten auf zwei Jahre begibt, und sodann für Zeit seines Lebens Abstinent bleibt. Diese dauernde Abstinenz ist unbedingtes Erfordernis, denn, wenn man den Patienten den Genuß auch nur geringster Dosen von Alkohol erlaubt, dann wird er sehr bald rückfällig. Nur wenn er so weit mit der Abstinenz gekommen ist, daß ihm jeder Tropfen Alkohol ein Greuel ist, ist er wirklich geheilt. Dieses Ziel wird am besten erreicht, wenn der Kranke in einen Abstinenzverein eintritt (Guttempler, blaues Kreuz). Ein Mäßigkeitsverein kommt zu diesem Zwecke nicht in Betracht. Gerade auf dem Gebiete der Trinkererrettung haben die Abstinenzvereine Großes geleistet.

Auf dem Boden des chronischen Alkoholismus können die verschiedenartigsten psychischen Störungen sich entwickeln. Welche Form auftritt, läßt sich a priori nicht voraussehen und auch nicht aus der Art und Menge der genossenen geistigen Getränke schließen. Es hängt das von der individuellen Veranlagung ab.

Das bekannteste Bild geistiger Erkrankung auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ist das

Delirium tremens, das Säuferdelirium.

Das Delirium tremens tritt im allgemeinen erst nach lange fortgesetztem Abusus spirituosorum ein. Es befällt am häufigsten Männer im kräftigsten Alter, nachdem sie 10 und 20 Jahre lang in Alkohol (Schnaps) exzediert haben (Jacobsohn); allerdings kommt es bei be-

sonders Prädisponierten auch vor, daß schon nach 4 oder 6 Jahren des Abusus spirituosorum das Delirium losbricht. Kürzlich hat Gudden auch Fälle von Bierdelirium beschrieben. Die mitgeteilten Krankengeschichten entsprechen allerdings nicht ganz dem charakteristischen Krankheitsbild des Delirium tremens.

Man denkt neuerdings daran, daß infektiöse Prozesse und Toxinbildungen (aus dem Darmtractus) bei dem Auftreten der Krankheit eine Rolle spielen, ja man spricht davon, daß das Delirium eine Infektionskrankheit auf dem Boden des chronischen Alkoholismus darstellt.

Der Ausbruch des Deliriums erfolgt meist ganz plötzlich. — Die Krankheitserscheinungen steigen sofort zur vollen Höhe an. Gelegentlich nach einem vorübergehenden Aussetzen in der Zufuhr alkoholischer Getränke, nach einem Magenkatarrh, nach einer febrilen Erkrankung, nach einem längere oder kürzere Zeit vorausgegangenem Trauma setzt die Krankheit ein. Vorboten sind selten, sie können bestehen in Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, unruhigem Schlaf, ängstlichen Träumen, Zittern, Funkensehen u. dgl.

Ich habe das Delirium bei einem Bekannten während des gemeinschaftlichen Mittagessens auftreten und sofort mit voller Verwirrung einsetzen sehen.

Während der gesamten Dauer des Delirium tremens, die auf 2—10 Tage sich erstrecken kann, erscheint das Bewußtsein, allerdings in der Intensität schwankend, traumhaft verändert. Im Vordergrund der Erscheinungen stehen Sinnestäuschungen. Dieselben betreffen hauptsächlich den Gesichts- und Bewegungssinn. Aber auch die anderen Sinnesgebiete produzieren abnorme Empfindungen, Gehörstäuschungen, abnorme Sensationen der Haut, Geruchs- und Geschmackstäuschungen. Auch plötzlich auftauchende wahnhafte Vorstellungen, die an Sinnestäuschungen anknüpfend oder autochthon entstanden sind und ebenso plötzlich wieder verschwinden, kommen vor. Alle Erscheinungen treten häufig mit Eintritt der Dunkelheit intensiver auf. Ja man sieht Fälle, welche während des Tages verhältnismäßig klar, ruhig und geordnet sind, aber jedesmal bei Nacht in stärkere Unruhe und Erregung geraten.

Häufig findet sich auch eine illusionäre Umdeutung der Umgebung. Nicht selten gelingt es, durch Zureden beliebige Sinnestäuschungen, namentlich Gesichtstäuschungen hervorzurufen.

Z. B.: Sehen Sie die Karpfen? Der Patient fängt an nach dem Karpfen zu greifen (L. Meyer) oder tritt nach Mäusen, die er an einer vorbezeichneten Stelle sucht. Diese und ähnliche Halluzinationen auf optischem Gebiete kann man auch hervorrufen, wenn man dem Kranken einen Bogen weißes Papier in die Hand gibt und ihn auffordert, anzugeben, was er alles daselbst sieht (Reichardt). Aber nicht nur optische Szenen kann man den Kranken leicht suggerieren, sondern auch Situationen, wobei der Tastsinn eine größere Rolle spielt. Die Kranken schütteln auf Verlangen Sand von der Bettdecke, zählen Geld, suchen Steine usw.

Die Gesichtstäuschungen haben meist den Charakter von in großen Mengen und in starker Bewegung auftretenden kleinen Gegenständen. Die Luft ist von Millionen von Heuschrecken erfüllt, in allen Ecken, auf der Bettdecke huschen Mäuse in großen Scharen vorbei, es ist alles voller Fliegen, es fallen Läuse vom Himmel, in den Ecken tauchen kleine schwarze Männchen auf, aber auch drohende Fratzen, Feuererscheinungen erschrecken den Kranken, er ist von spitzigen schwarzen Lanzen umstellt, es dringen Wälder auf ihn ein usw.

Gemeinsam mit den Gesichtstäuschungen verbunden sind gewöhnlich die Sinnestäuschungen aus den Hautsinnen, wie überhaupt ein ganzer Komplex von Sinnestäuschungen und umfangreichen traumhaften Perzeptionen zu sprachlichen Aeußerungen führt. Der Kranke glaubt in einem Meer von Lehm zu waten, seine Füße sind von Dornen umschlungen, er liegt auf Glasscherben, es ist alles voll Staub und Haare, die rasch herumwirbeln; immer spielt eine rasche Bewegung bei allen diesen Erscheinungen eine Rolle. Der Fußboden schwankt, die Wände bewegen sich, das Bett geht in die Luft. Auch durch Druck auf die Bulbi kann man Sinnestäuschungen auslösen (Liepmann). Auch die Gehörstäuschungen stellen Komplexe von Geräuschen und akustischen Wahrnehmungen dar. Es donnert und braust, eine wütende Volksmenge hört man heranstürmen, die Glocken läuten, eine Regimentsmusik zieht vorbei, es werden unanständige Unterhaltungen geführt, meist von vielen Menschen. Oft erleben die Deliranten durch diese Halluzinationskomplexe ganz komplizierte Szenen. Fast in allen Fällen handelt es sich also um eine örtliche und zeitliche Desorientiertheit und meist als Folge von allen diesen Erscheinungen um eine schwere Ratlosigkeit. Die Erlebnisse spielen sich völlig traumartig ab. Dem entspricht eine fast komplette Unfähigkeit, die Verhältnisse in der Außenwelt zu übersehen, ein fast völliger Verlust der Merkfähigkeit und als Folge davon ein Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit. Katamnestisch läßt sich in der Regel auch eine fast völlige Amnesie für die Zeit des deliranten Zustandes feststellen.

In nicht wenigen Fällen gelingt es durch energisches Anrufen, den ganzen Spuk von deliranten Perzeptionen für längere oder kürzere Momente zum Verschwinden zu bringen (Bonhoeffer). Ja, man kann gelegentlich kompliziertere Untersuchungen bei den Deliranten vornehmen, z. B. Gesichtsfelduntersuchungen. Eine derartige vorübergehende Aufmerksamkeit wird dadurch erleichtert, daß man den Kranken aus seiner gewohnten Umgebung entfernt. Man erlebt es deshalb auch nicht selten, daß ein Delirant bei der klinischen Vorstellung zunächst einen verhältnismäßig klaren Eindruck macht und erst, wenn man ihn eine Zeitlang sich selbst überläßt, seine charakteristischen Erscheinungen zeigt.

Ob die Bewußtseinsstörung das Primäre ist und die Halluzinationen und Illusionen berbeiführt oder ob umgekehrt diese Anomalien bei der Vorstellungsbildung die Bewußtseinsstörung herbeiführen, läßt sich nicht entscheiden, besitzt auch für die Klinik dieser Fälle keine Wichtigkeit. Die sprachlichen Aeußerungen der Deliranten sind meist unzusammenhängend, wenn auch vorübergehend, namentlich nach energischem Aufrütteln, korrekte Antworten erfolgen. Vor allem fehlt die Aufmerksamkeit für die Umgebung, die fortwährend abgelenkt wird, während das Auffassungsvermögen durch die halluzinatorischen Vorgänge schwer leidet.

Die Stimmung ist eine äußerst wechselnde und kann bei ein und demselben Falle alle Stufen von der höchsten Glückseligkeit bis zur stärksten Furcht und höchsten Verzweiflung durchlaufen. Meist befinden sich die Kranken ihrem jeweiligen und fast ständig wechselnden Gedankeninhalt entsprechend in fortwährender Bewegung. Von Zupfen auf der Bettdecke und leicht abwehrenden Bewegungen an finden wir alle Arten von Beschäftigung angedeutet bis zu verzweiflungsvollen und energischen Wutausbrüchen, die sich blind gegen

die Umgebung wenden und die Kranken sehr gefährlich machen können. Man hat wiederholt im Beginne des Deliriums ein blindes Schießen auf die Umgebung beobachtet. Auch die Deliranten, welche bei Tage ruhig im Bett liegen, werden des Nachts meist unruhig, stehen auf und laufen planlos herum, tasten an den Wänden und können sich oft nicht wieder ins Bett finden.

Ueberhaupt kommen die Kranken auch bei Nacht nicht zur Ruhe, im Gegenteil, gerade bei Nacht nehmen, wie wir gesehen haben, alle Erscheinungen an Intensität zu. Wir finden auch Fälle, welche bei Tag verhältnismäßig klar, geordnet und orientiert sind und nur bei Nacht die charakteristischen eben geschilderten Erscheinungen des Deliriums zeigen.

Auf körperlichem Gebiete bestehen eine Reihe charakteristischer Begleiterscheinungen.

Zunächst beobachten wir meist leichteres oder schweres Fieber, das in nicht wenigen Fällen mit dem Ende der Krankheit kritisch abfällt. Dieses Fieber braucht nicht etwa durch Komplikationen (z. B. durch eine Lungenentzündung) herbeigeführt zu sein. Der Puls ist meist beschleunigt und unregelmäßig und leicht unterdrückbar. Die Zunge zittert stark, ist dick, meist borkig belegt. Der Appetit ist schlecht, oft nehmen die Kranken während der ganzen Dauer des Deliriums so gut wie nichts zu sich. Der Stuhl ist unregelmäßig, bald diarrhöisch, bald angehalten. Die Kranken schwitzen stark, fast stets finden sich größere Mengen Eiweiß im Urin, die Hände zeigen in erhöhtem Maße das typische Zittern des chronischen Alkoholisten. Häufig besteht auch ein Konjunktivalkatarrh. In typischen Fällen endet das Delirium nach dem kritischen Fieberabfall in einem 10—24 stündigen Schlaf, wonach die Kranken in voller Klarheit und Orientiertheit erwachen.

In wechselndem Prozentsatz führt das Delirium zum Tode (Herzschwäche, Lungenentzündung, Darmkatarrhe).

Im allgemeinen soll der Prozentsatz der Todesfälle bei uns höher sein als in anderen Ländern, z. B. bei den Genevertrinkern in Belgien, weil bei unseren Patienten das Herz infolge des früheren Biergenusses weniger widerstandsfähig sein soll.

Manchmal ist der Verlauf des Delirium tremens ein etwas protrahierterer, es dauert einige Wochen, bis die Kranken vollständig frei von allen aus der Krankheit zurückgebliebenen falschen Vorstellungen sind, bis sie zur vollen Krankheitseinsicht gelangen. Der Uebergang in eine chronische Geisteskrankheit ist selten, allerdings sieht man bei häufigerer Wiederholung der Attacken von Delirium tremens immer deutlicher die Intelligenz zurückgehen.

In selteneren Fällen kommt es vor, daß ein ausgesprochener Zustand von Delirium tremens eine Korsakowsche Psychose einleitet, allerdings kann man in solchen Fällen gelegentlich von Anfang an neuritische Symptome feststellen. Ebenso beobachtet man mitunter, daß eine auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstandene Encephalitis haemorrhagica superior mit einem initialen Delirium tremens beginnt.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Delirium tremens unterscheiden sich zunächst dadurch von den Befunden bei einfachen deliranten Zuständen (Delirium acutum), daß man die Zeichen einer chronischen Erkrankung findet; wenn diese auch nichtgerade charakteristisch für den chronischen Alkoholismus sind, so zeigen sie doch eine dem akuten Zustande zugrunde liegende

chronische Veränderung an. Im übrigen sind Zellveränderungen, Marchidegenerationen (Bonhoeffer) und Blutungen in der Hirnrinde, wie sie ähnlich bei anderen akuten Psychosen auch gefunden worden sind, nachweisbar. Etwas für das Delirium tremens Charakteristisches läßt sich aber nicht angeben.

Die Differentialdiagnose kann nur Schwierigkeiten machen, wenn man die Anamnese nicht kennt. Es kommen in Betracht die verschiedenartigen transitorischen Bewußtseinsstörungen auf dem Boden der Epilepsie, der Hysterie, der Degeneration, des Traumas usw. und die Intoxikations- und Infektionsdelirien anderer Aetiologie, bei denen ein traumhaft veränderter Bewußtseinszustand besonders in die Augen springt (Délire onirique der Franzosen). Allerdings pflegen die körperlichen Begleiterscheinungen des chronischen Alkoholismus bei dem Delirium nicht alkoholischen Ursprungs nicht so ausgeprägt vorhanden zu sein, auch dürfte das Quinquaudsche Symptom, wenn es positiv ausfällt, für diese Fälle noch eine gewisse diagnostische Bedeutung gewinnen.

Die Behandlung des Delirium tremens läßt sich nur im Krankenhause durchführen. Eine Isolierung, wie sie früher üblich war, ist nach Möglichkeit zu vermeiden. In vielen Fällen kommt man mit Bettbehandlung auf der Wachabteilung aus, tritt stärkere Unruhe ein, so ist das Dauerbad am Platz. In den letzten Jahren habe ich alle Deliranten, deren Herz es irgend erlaubte, mit Dampf- und Heißluftbädern behandelt und stets gute Erfolge gehabt. Ja, ich habe den Eindruck, daß in den einzelnen Fällen der Verlauf des Deliriums abgekürzt wurde. Während der ganzen Dauer der Behandlung muß genau auf Herz, Nieren und Lungen geachtet werden. Oft kommt man ohne Herztonica (Digitalis, Strophantus usw.) nicht aus. Besonders unangenehm ist eine Komplikation mit Pneumonie. Wichtig ist auch, daß wir von vornherein energisch gegen eine etwa vorhandene Verstopfung vorgehen.

Narcotica zu geben ist nicht erforderlich, ebenso kommt man bei der Behandlung der Deliranten ganz gut ohne Alkohol aus.

Forensisch kommt das Delirium hauptsächlich strafrechtlich in Betracht, weil gelegentlich außerordentlich gewalttätige Handlungen von den Deliranten vorgenommen werden. Zivilrechtlich spielt das Delirium tremens kaum eine Rolle.

Eine der häufigsten [1]) Psychosen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ist der sog.

Klassische Eifersuchtswahn der Trinker (Nasse).

Bei seiner häufigen Abwesenheit von Hause denkt der Trinker entsprechend seinem depravierten Charakter wohl gelegentlich daran, daß seine Frau gute Gelegenheit habe, mit einem anderen anzubinden. Seine eigene Potenz, anfangs gesteigert, nimmt ab, seiner Frau wird er zuwider, sie ist ihm nicht mehr zu Willen wie früher. Er wird mißtrauisch, sieht wohl auch zufällig einen Mann häufiger an dem Hause seiner Frau vorübergehen oder seine Frau mit einem fremden Mann sprechen; sofort wird es ihm zur Gewißheit, daß seine Frau mit diesem Manne ein Verhältnis habe. Von jetzt ab macht er seiner

---

[1]) Ich habe in den letzten Jahren den Eindruck, daß diese Form seltener geworden ist, wenigstens in unserer Gegend. Das gilt sowohl für die rein klinischen als forensischen Fälle. Nach meiner Ueberzeugung hat das zweierlei Gründe. Einmal den, daß die Trinkerfürsorge eine bessere geworden ist und zweitens den, daß der Alkoholkonsum wesentlich zurückgegangen ist.

Frau die gröbsten Vorwürfe und verfolgt sie mit seiner nicht gerechtfertigten Eifersucht.

Die Entwicklung des Wahns ehelicher Untreue geht weiter. Er ist jetzt fest überzeugt, daß seine Frau es nicht nur mit einem, sondern mit mehreren hält. Durch Sinnestäuschungen irregeleitet, hört er, wie die Kerle entweichen, wenn er das Haus betritt. Ganz in seinem Wahn befangen, erklärt er, wenn das nicht aufhöre, werde er seine Frau umbringen; erbarmungslos prügelt er auf die Frau ein, wenn er nach Hause kommt und nicht selten läßt er sich zu schweren Mißhandlungen und Verletzungen seiner Frau hinreißen.

Er sieht durchs Schlüsselloch, wie ganze Schwadronen mit seiner Frau huren, er findet im Bett den Samen von anderen Männern, die Kinder gleichen dem vermeintlichen Nebenbuhler, die Frau hat selbst sich anderen gegenüber gebrüstet, wie gut sie huren könne, das hat er selbst gehört; sie führen des Nachts förmliche Tänze auf, um ihn zu ärgern; es ist kein Wunder, daß kein Geld im Hause ist, weil die Frau alles mit den Kerlen durchbringt usw. Oft werden dabei die Frauen in der scheußlichsten Weise von den Männern gequält, sie werden eingeschlossen, gefesselt, es werden ihnen die Geschlechtsteile zugebunden, Pech daran geschmiert, alles nur, um die vermeintlichen Nebenbuhler fernzuhalten. Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft erfolgen über den Ehebruch der Frau in sehr drastisch gehaltenen Schilderungen, der Kranke kommt zu keiner Arbeit, zu keiner Beschäftigung mehr, er bringt den ganzen Tag damit zu, seine Frau zu beobachten und seinen Kummer in neuen Alkoholfluten zu ertränken. Gar nicht selten führt dann schließlich ein schwerer Gewaltakt — leider ist der Frauenmord keine seltene Handlung bei den Eifersuchtswahnsinnigen —[1]) den Kranken in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch. Denn es ist eine häufige Erscheinung, daß diese Eifersuchtswahnsinnigen viel zu spät in eine Anstalt in eine sachgemäße Behandlung kommen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind die des chronischen Alkoholismus, vielleicht in etwas verstärktem Maße. Eiweiß habe ich nur selten bei diesen Fällen gefunden.

Der Ausgang ist gewöhnlich der in Genesung, wenn eine sachkundige Behandlung bei Totalabstinenz in einer Irrenanstalt rechtzeitig durchgeführt wird.

Schon nach Tagen, nicht selten schon nach 8 Tagen, spätestens aber nach 6 bis 10 Wochen, fällt es den Kranken „wie Schuppen" von den Augen, der Eifersuchtswahn, die begleitenden Halluzinationen schwinden, der Kranke wird klar und orientiert, und aus dem Auswurf des weiblichen Geschlechts, das ihn, den Biedermann, in die Anstalt gebracht hat, aus der „hundertfältigen Hure" wird eine vielgeliebte Frau, vor der der genesende Kranke niederknieen und Verzeihung erflehen möchte. Nie wird wieder ein Tropfen Alkohol angerührt, der Patient gibt sein Ehrenwort, die Frau glaubt dem Manne und nicht dem Arzte; statt den Patienten in eine Trinkeranstalt zu bringen, statt ihn zu veranlassen, in einen Abstinenzverein einzu-

[1]) Zu meiner Fußnote auf der vorhergehenden Seite muß ich hier bemerken, daß der Mord aus Wahn der ehelichen Untreue entschieden auch seltener geworden ist, wenn man sich auf die Zeitungsberichterstattung verlassen darf. Früher war die „Schreckenstat eines Wahnsinnigen", wie man unter Verschweigung der alkoholischen Grundlage derartige kurzen Berichte überschrieb, eine ständige Rubrik, ich habe eine Zeitlang die Fälle verzeichnet, jetzt kommen diese Mitteilungen selten und es wird jetzt auch in zunehmender Häufigkeit die alkoholische Ursache dieser furchtbaren Handlung erwähnt.

treten, nimmt sie ihn nach Hause, und dort beginnt gar bald das Trinken und damit nach einiger Zeit der Eifersuchtswahn von neuem. Denn nicht die Trunksucht, sondern nur die Psychose war durch den kurzdauernden Aufenthalt in der Anstalt geheilt.

In seltenen Fällen führt der Eifersuchtswahn der Trinker in eine unheilbare Paranoia hinüber. Nach häufigeren Attacken tritt Verblödung ein. Ich möchte aber nicht versäumen zu betonen, daß man in der Beurteilung dieser Schwachsinnzustände sehr vorsichtig sein muß und sie durchaus nicht für stationär halten darf. Denn wiederholt habe ich nach jahrelanger Anstaltsbehandlung sehr weitgehende Besserung eintreten sehen.

Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, daß wir auch ohne Trunksucht bei Geisteskranken Eifersuchtswahn beobachten können, z. B. bei anderen paranoischen Zuständen und bei Hysterischen.

Auch ein

Akutes alkoholisches Irresein von paranoischem Charakter

(akute Halluzinose, Bonhoeffer, Wernicke; akuter halluzinatorischer Wahnsinn)

beobachten wir, wenn auch nicht so häufig als die bisher beschriebenen Formen des alkoholischen Irreseins. Diese akuten paranoischen Zustände treten meist schon bei jüngeren Individuen auf. der in der Regel zugrunde liegende chronische Alkoholismus braucht nicht besonders ausgeprägt zu sein. Vieles weist darauf hin, daß angeborene, sog. endogene Momente bei dem Zustandekommen dieser Krankheit eine wichtige Rolle spielen können. Oft habe ich wie Bonhoeffer gesehen, daß die Krankheit direkt an einen stärkeren Alkoholexzeß sich anschließt.

Als charakteristisch für das Krankheitsbild muß gelten:

1. Das Auftreten von Gehörstäuschungen aller Art.
2. Ein starkes Angstgefühl, das die Kranken häufig zu fluchtartigem Umherirren treibt.
3. Das Vorhandensein von zwar nicht fixierten oder doch erklärenden Wahnideen (Erklärungswahnideen Bonhoeffer).
4. Der häufige Ausgang in Genesung.

Die Krankheit spielt sich in der Regel wie folgt ab. Nach einem kurzen Vorstadium von Unruhe, Kopfschmerzen, Benommenheit und Schwindel, aber auch ohne ein solches, oft unmittelbar im Anschluß an eine Zecherei werden die Kranken durch allerlei plötzlich auftretende Töne und Geräusche beunruhigt, die Intensität dieser Erscheinung nimmt zu und gewinnt in einzelnen Fällen plötzlich etwas so Ueberwältigendes, daß sie panikartig die Flucht ergreifen, z. B. durch die Spiegelscheiben einer Wirtschaft auf die Straße. Bei den etwas ruhiger verlaufenden Fällen nehmen alsdann diese rein akustischen Reizerscheinungen bald verbalen Charakter an. Die Kranken hören bald einzelne Schimpfworte, bald kurze Aufforderungen zur Flucht, bald Bedrohungen und häufig auch längere Sätze und Erzählungen und namentlich auch sehr lebhafte Gespräche über ihre

eigene Person, bei der sie quasi die Zuhörer sind (Kraepelin). Oft kommt es dabei zu wenig fixierten und häufig wechselnden Erklärungswahnideen, welche nicht selten den Charakter der Verfolgung haben und vorübergehend auch zu impulsiven Handlungen führen können.

Neben diesen mehr akustischen Halluzinationen, die auch an akzidentelle Geräusche der Außenwelt anknüpfen können, finden wir, wenn auch weniger hervortretend, optische und taktile Sinnestäuschungen. Nebel, Funken, Blitze, Bilder phantastischen Charakters, und abnorme Sensationen der Haut (kriechende Tiere, Bespritztwerden usw.) (Bonhoeffer).

Die Stimmung, welche in den meisten Fällen während der ganzen Krankheitsdauer vorherrscht, ist Furcht und Angst. Diese wurzelt in der Ueberzeugung, daß irgendein Feind, eine feindliche Macht oder irgendein Verhängnis naht. Alles in der Umgebung wird in diesem Sinne gedeutet. Es kommt infolgedessen auch zu Selbstmordversuchen oder zur Selbstgestellung auf der Polizei.

Aber nicht immer beherrschen Angst und Verstimmungszustände sowie die Furcht vor Verfolgung in wechselnder Weise das Krankheitsbild, in einzelnen Fällen vielmehr zeigen die Kranken ein ausgesprochenes gehobenes Selbstgefühl, äußern direkt Größenideen, ja sie knüpfen auch transitorisch ein System daran, das durch entsprechende Gehörstäuschungen lebhaft unterstützt wird. Auch transitorisch kommen solche Episoden bei den mehr depressiv verlaufenden Formen vor.

Die körperlichen Symptome sind mehr oder weniger ausgeprägt die des chronischen Alkoholismus, je akuter der Fall verläuft, um so mehr treten Verdauungsstörungen in den Vordergrund, namentlich erscheint die Zunge fast immer stark belegt.

Die Dauer der Krankheit ist verschieden, in selteneren Fällen verschwinden die Erscheinungen schon nach ein paar Tagen. Ja, man findet Fälle, die kaum einen Tag dauern und nicht selten mit Delirium verwechselt werden. Häufiger treten die Symptome langsam nach 14 Tagen oder im Verlauf einiger Wochen zurück, ausnahmsweise finden sich auch Fälle, bei denen die Krankheit einige Monate dauert. In anderen Fällen verläuft die Krankheit attackenweise und die Genesung kommt so zustande, daß die Attacken allmählich seltener und weniger intensiv werden, um schließlich ganz zu verschwinden.

Die Prognose der Krankheit ist also im ganzen günstig, wenn auch gelegentlich eine derartig akute Attacke einen chronisch paranoischen Zustand einleiten kann und in den Fällen, welche zur Genesung kommen, stärkere Alkoholexzesse einen neuen Krankheitsanfall herbeiführen können.

Differenzialdiagnostisch kommt in Betracht, daß dieses auch als akute Halluzinose der Trinker (Wernicke, Bonhoeffer) bezeichnete Krankheitsbild in ganz ähnlicher Weise ohne alkoholische Grundlage zur Beobachtung kommen kann und ohne Kenntnis der Anamnese, wenn die Stigmen des zugrunde liegenden chronischen Alkoholismus nicht sehr deutlich sind, kaum von der akuten alkoholischen Paranoia differenziert werden kann. Denn gerade Bewußtseinsstörungen, Störungen der Merkfähigkeit und Neigung zu Konfabulation, Symptome, welche in viele alkoholische Seelenstörungen hineinspielen, fehlen hier vollständig.

Das chronische alkoholische Irresein von paranoischem Charakter.

Die chronische Alkoholparanoia, wie sie neuerdings wieder Raecke beschrieben hat, ist deswegen von den einzelnen Autoren sehr verschieden beurteilt worden, weil sehr differente Krankheitsbilder unter diesem Sammelbegriff beschrieben worden sind.

Zunächst möchte ich hervorheben, daß es Fälle von alkoholischem Eifersuchtswahnsinn gibt, welche nicht zur Genesung kommen, nach und nach wohl geistig etwas reduziert erscheinen, aber dauernd an dem Wahn der ehelichen Untreue festhalten. Sie können fleißige und geschickte Arbeiter im Rahmen der Anstalt sein, machen aber bei jedem Versuch zur Entlassung sehr bald Fiasko.

Sodann gibt es Fälle von akuter Alkoholparanoia, bei denen zwar die Sinnestäuschungen allmählich zurücktreten und verschwinden, die Wahnideen aber bestehen bleiben. Es kann sich dabei um einen einfachen Residualwahn handeln, der die Kranken kaum in ihrer Leistungsfähigkeit und sozialen Selbständigkeit beeinträchtigt (Bonhoeffer).

Weiter beobachten wir Kranke, welche, von vornherein leicht schwachsinnig, dauernd halluzinieren, namentlich von seiten des Gehörs, und allmählich einem stärkeren geistigen Schwächezustand anheimfallen. Dieselben erinnern im Anfange manchmal an den früher von Kräpelin beschriebenen halluzinatorischen Wahnsinn. In diesen Fällen können auch Episoden unterlaufen, die an den katatonischen Symptomenkomplex erinnern. Sicher finden sich auch Fälle, welche lediglich ein durch den Alkoholismus ausgelöstes Jugendirresein, Dementia praecox, darstellen und unter diesem Bilde verlaufen. Am häufigsten ist mir dabei die paranoide Form dieses Leidens vorgekommen. Im Grunde genommen haben gerade diese Fälle mit dem chronischen Alkoholismus wenig zu tun, wir dürfen uns aber nicht wundern, daß diese Krankheitszustände, welche gewöhnlich auf stark disponiertem Boden entstehen, wie durch jede andere exogene Schädlichkeit, auch durch den Abusus spirituosorum ausgelöst und in ihrem weiteren Verlauf gefördert werden können.

Auch eine ausgeprägte Paranoia chronica alcoholica mit systematisierenden Wahnideen findet sich. Allerdings sind diese Fälle nicht gerade häufig. Die halluzinatorische Form ist die vorherrschende. Diese Fälle können, wie die echte Paranoia chronica, zunächst ohne Intelligenzdefekt verlaufen. Die Krankheitsentwicklung kann sich über Jahrzehnte erstrecken.

Auf die genaueren Details brauche ich hier nicht einzugehen, denn die einzelnen Erscheinungen und Phasen der Krankheit unterscheiden sich im wesentlichen nicht von denen der typischen Paranoia chronica.

Auch bei dieser Form ist der Alkohol wohl weniger die Grundursache der Krankheit als vielmehr das auslösende Moment bei vorbereitetem Boden.

Weniger bekannt, aber darum für die Praxis nicht weniger wichtig ist eine eigentümliche Psychose, welche ich wiederholt auf dem Boden des chronischen Alkoholismus beobachtet habe und als

Alkoholische Angstpsychose

bezeichnen möchte.

Diese Psychose tritt gewöhnlich im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt auf; ich habe sie ausschließlich beim männlichen Geschlecht beobachtet. Meist sind es Männer, die im Leben viel haben arbeiten und durchmachen müssen, dabei aber ein tüchtiges Pokulieren nicht versäumt haben. Ich sah den Symptomenkomplex bei der regelmäßigen Einfuhr von schwerem Rheingauerwein, aber auch bei Grog, und auch bei Kognaktrinkern auftreten.

Das gesamte Zustandsbild ist dominiert von einer enormen Angst, welche die Kranken zu wilden Verzweiflungsausbrüchen treibt; Selbstmordversuche, das Rennen mit dem Kopfe gegen die Wand, Strangulationen sind nichts Seltenes. Die Kranken äußern selten Unwürdigkeitsideen, sie machen, wenn sie nicht gerade über Angst klagen, einen stumpfen, teilnahmlosen, gehemmten Eindruck, im ersten Augenblick denkt man, daß es sich um die gleich zu besprechende Alkoholparalyse handelt, man ist geneigt, die Prognose ungünstig zu stellen, weil man die Kranken bei ihrem stumpfen, triebartigen Wesen für verblödet hält, und doch habe ich in den meisten und auch in sehr schweren Fällen im Verlauf von $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahren allmählich Genesung eintreten sehen. Ich möchte noch hinzufügen, daß man bei dieser Form häufig eine Komplikation mit Arteriosklerose trifft, und daß einzelne Fälle nur schwer von den oft vorkommenden Depressionszuständen der Arteriosklerotiker zu trennen sind. Sind in solchen Fällen die körperlichen Stigmata der Arteriosklerose (Blutdrucksteigerung, Herzveränderungen, neurologische Zeichen der Neuronerkrankung, sehr ausgeprägt, so wird man sie nicht hierher rechnen dürfen.

Die

Alkoholparalyse (alkoholische Pseudoparalyse)

beobachtet man am häufigsten im fünften Lebensjahrzehnt. Sie entsteht immer auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Nicht selten sieht man einen Patienten zunächst ein paarmal unter dem Bilde des Eifersuchtswahns der Trinker zur Anstalt kommen, während er in einer dritten oder vierten Attacke sich als Alkoholparalytiker darstellt. Ganz im Gegensatz zu den oft sehr agilen Eifersuchtswahnsinnigen erscheinen die Kranken stumpf und teilnahmlos, kümmern sich um nichts, reagieren kaum auf eine Frage und machen in ihrem ganzen Gebaren den Eindruck tiefer *Verblödung*. Die Merkfähigkeit hat schwer gelitten. Größenideen, wie bei der klassischen Paralyse habe ich nur in einem einzigen Falle gesehen.

Dagegen findet man fast immer ein oder mehrere der *körperlichen Kardinalsymptome der progressiven Paralyse* und andere *Lähmungserscheinungen* und *Innervationsstörungen*. Fast immer ist eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte artikulatorische *Sprachstörung* vorhanden, zum mindesten ist die Sprache verlangsamt und verwaschen, häufig findet sich *reflektorische Pupillenstarre*, ja gelegentlich beobachtet man auch *Fehlen des Kniephänomens*, nicht selten ist das Gesicht ungleichmäßig innerviert, es besteht *Mitflattern der Gesichtsmuskulatur* beim Sprechen, der *Tremor* der Hände ist

auffällig stark, deutlich läßt sich das Rombergsche Phänomen nachweisen, auch ein ungleichmäßiges Verhalten des Kniephänomens kommt vor. Fast stets ist das Quinquaudsche Symptom vorhanden.

Wird nun der Kranke in der Klinik abstinent gehalten, so beginnen rascher oder allmählicher diese Symptome zu weichen, die Kranken werden regsamer, lebendiger, bekommen Interesse, auch die körperlichen Erscheinungen bilden sich ganz oder bis auf Spuren zurück, so daß man oft nach 6—12 Wochen fast komplette Genesungen zu sehen bekommt, Genesungen, die, wenn kein neuer Abusus hinzukommt, zu einer dauernden werden können. Meist allerdings bleibt ein Zustand leichter Demenz zurück.

In sehr schweren Fällen kommt eine nur unvollständige Zurückbildung der Erscheinungen zustande.

Diese Fälle unterscheiden sich alsdann kaum von den chronischen Demenzformen, welche sich allmählich im Verlauf des chronischen Alkoholismus entwickeln können. Die wichtige Lehre, die wir aus dem Vorhandensein dieser Alkoholparalyse ziehen müssen, ist die, daß wir bei Alkoholisten sehr vorsichtig mit der Diagnose auf echte Paralyse sein müssen, solange wir nicht den Kranken für längere Zeit in seinem Verhalten bei Alkoholabstinenz beobachtet haben. Die Rückbildung der krankhaften Erscheinungen geht in der Alkoholparalyse viel weiter als bei den Remissionen der echten Paralyse.

Ein kurzes Wort bedarf es noch über die sogenannte

Alkoholepilepsie.

Es interessiert uns hier nicht der Streit darüber, ob es eine wirkliche Alkoholepilepsie gibt oder ob das nur Epileptiker sind, welche trinken, wenn bei einem Alkoholiker epileptische Anfälle vorkommen. Wichtig ist für uns, zu wissen, daß es eine ganze Reihe von Individuen gibt, welche nach längerer oder kürzerer Zufuhr von alkoholischen Getränken mit Krampfanfällen reagieren, ja daß einzelne Menschen schon nach einem einmaligen Rausch von Krämpfen befallen werden können. Wenn auch bei vielen Arten chronischer Vergiftungen Krampfanfälle auftreten können, (z. B. Absinthepilepsie, Antipyrinepilepsie usw.), so scheint es doch immer einer gewissen Disposition zu bedürfen, damit Krämpfe zur Entwicklung kommen. Der Prozentsatz der Alkoholepileptiker wird verschieden angegeben, er schwankt zwischen 30 und 10 % der chronischen Alkoholisten. Nicht selten sieht man ein Delirium tremens mit epilepsieartigen Anfällen sich einleiten. Noch Kräpelin weist diese Tatsache möglicherweise auf ein toxisches Moment hin, weil, wie wir gesehen haben, auch bei dem Delirium tremens eine ganze Reihe von Momenten die Annahme wahrscheinlich machen, daß toxisch-infektiöse Prozesse bei dem Zustandekommen dieser Krankheit eine Rolle spielen. Die Anfälle bei der Säuferepilepsie sind nicht so häufig und zahlreich wie bei der erblichen Epilepsie, auch fehlen, wie Kräpelin ausführt, nicht selten die anderen Erscheinungen der Epilepsie, Petit mal, Verstimmungen, Dämmerungszustände.

Sicher ist, daß bei jedem Menschen mit epileptischer Veranlagung der Alkoholismus sehr gefährlich ist. Die Anfälle werden schwerer, häufiger, die Neigung zur Kriminalität nimmt zu, auch wird nicht selten ein Status durch Alkoholexzesse ausgelöst (Alt).

Ich wende mich jetzt zur Besprechung von Zuständen, welche mehr eine pathologische Reaktion auf Alkohol darstellen, es sind die Alkoholintoleranz, der pathologische Rausch und die Dipsomanie.

Die Intoleranz

ist die krankhafte Eigenschaft mancher Menschen, auf geringe Mengen von Alkohol schon die Erscheinungen zu bekommen, die der Durchschnittsmensch erst zeigt, wenn er sich durch größere Mengen von geistigen Getränken einen Rausch verschafft hat. In einzelnen Fällen besteht von vornherein dabei eine starke Bewußtseinsstörung, so daß die Kranken nachher auch eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Amnesie erkennen lassen. Gelegentlich findet man auch während dieses Zustandes, der von verschieden langer Dauer sein kann, eine Veränderung in der Reaktion der Pupillen. Träge Reaktion auf Lichteinfall, ja Lichtstarre kann vorkommen (Gudden, Stapel und eigene Beobachtungen). Ferner sehen wir in einzelnen Fällen Facialisparesen, ungleiche Kniephänomene und Westphalsche Zeichen auftreten.

Die Intoleranz gegen Alkohol kann angeboren oder erworben sein.

Die angeborene Intoleranz kommt meist auch bei in anderer Weise psychopathischen Individuen vor, z. B. bei Degenerierten, bei leicht oder schwerer Imbezillen, bei Traumatikern, bei Epileptikern, Hysterischen und anderen. Gelegentlich ist sie auch das einzige Symptom, das zunächst als sichtbares Zeichen der degenerativen Veranlagung in die Augen fällt.

Es sei dabei bemerkt, daß unsere Toleranz gegen Alkohol überhaupt eine sehr wechselnde ist, wir sind, wie man sich bei jeder Kneiperei leicht überzeugen kann, das eine Mal gut, das andere Mal schlecht zum Trinken disponiert. Jede Erschöpfung und Uebermüdung verringert unsere Toleranz dem Alkohol gegenüber.

Die erworbene Intoleranz sehen wir besonders nach Traumen und nach akuten Infektionskrankheiten auftreten, speziell ist es der Typhus, der häufig eine vollkommene Intoleranz herbeiführt. Diese erworbene Intoleranz kann vorübergehend oder dauernd sein, manchmal ist sie dem Träger zunächst gar nicht bewußt.

Der pathologische Rausch

kommt fast nur auf einem vorbereiteten Boden unter dem Konkurrieren verschiedener begünstigender Momente zur Entwicklung. Er kann ein und dasselbe Individuum einmal oder mehrmal befallen. Er verläuft unter dem Bilde einer schweren Bewußtseinsstörung in Verbindung mit schweren Angstattacken, die den Patienten nicht selten zu impulsiven Gewalthandlungen gegen sich und die Umgebung antreiben.

Unter dem vorbereiteten Boden ist das Vorhandensein einer neuropathischen Konstitution zu verstehen. Wir finden bei den Individuen degenerative, hysterische oder epileptische Stigmata, auch ein Trauma kann den Boden vorbereiten helfen.

Die begünstigenden und auslösenden Momente können sehr verschiedener Natur sein und kommen meist vergesellschaftet vor. Zunächst sind in Betracht zu ziehen starke Affekte, Zorn,

Streit, deprimierende Einflüsse, Sorgen, Kummer, das Gefühl der Zurücksetzung, Eifersucht usw., auch ein starker Schreck; sodann beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Menses, der Gravidität, des Klimakteriums; bei beiden Geschlechtern sexuelle Exzesse, oft genügt schon ein einziger Koitus, um den Paroxysmus auszulösen (HEILBRONNER). Auch ein leichteres oder schwereres Trauma, das der Attacke vorausging, ist zu berücksichtigen. Eine weitere Rolle spielen starke Temperaturdifferenzen, starke körperliche Ueberanstrengung, geistige Ueberarbeitung, sowie erschöpfende Zustände, das Verweilen in schlecht ventilierten überfüllten Räumen und anderes mehr.

Die Menge des genossenen Alkohols ist dabei nicht von besonders ausschlaggebender Wichtigkeit. Oft sind es gar nicht sehr große Qualitäten geistiger Getränke, welche den Zustand auslösen, auch die Art der genossenen geistigen Getränke scheint nicht von besonderer Bedeutung zu sein.

Das Einsetzen des pathologischen Rausches ist sehr verschiedenartig. Der Uebergang kann plötzlich und unvermittelt kommen, er kann sich andeuten durch allmählich immer deutlicher werdende Verwirrungszustände meist ängstlichen Charakters, die zum Teil durch das Vorherrschen von Sinnestäuschungen und Wahnideen (MÖLI, ZIEHEN, HEILBRONNER) oder durch Angstaffekte (ZIEHEN, HEILBRONNER) charakterisiert sind, zum Teil aber auch sich lediglich als eine Lockerung des gesamten Assoziationsgefüges und eine entsprechende Ratlosigkeit und Desorientierung darstellen. In seltenen Fällen geht dem stürmischen Ausbruch des pathologischen Rausches eine kurze Erschlaffung in Gestalt einer ausgesprochenen Schlafsucht oder direkt eines viertel- bis halbstündigen Schlafes voraus (eigene Beobachtung). Auch krampfartige Erscheinungen werden als Einleitung zum pathologischen Rausch erwähnt (pseudo-ivresse convulsive).[1]

Der Zustand selbst spielt sich in sehr verschieden langer Zeit ab. Meist handelt es sich allerdings nur um Minuten und Viertelstunden, selten dauert der Zustand länger als eine Stunde; in den schweren Fällen ist er häufig durch eine rasch und sicher mit großer Kraftentfaltung unternommene gewalttätige Handlung (KRAFFT-EBING) kompliziert. Ich möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß HEILBRONNER bei rein klinisch beobachteten Fällen von pathologischem Rausch auch eigentümliche Bewegungsstereotypien beobachtet hat und weiter auch die sehr wichtige Angabe macht, daß ein vom pathologischen Rausch Befallener in der Isolierung, also wenn alle Reize ferngehalten werden, sich in der Regel viel später beruhigt und einschläft als ein Betrunkener. Auch das Ende des Zustandes kann sehr verschieden sein, meist allerdings erfolgt nach dem Ablauf des Gewaltaktes ein völliger Zusammenbruch und ein vielstündiger terminaler Schlaf. Gerade der Nachweis dieser letzten Erscheinung ist diagnostisch von großer Wichtigkeit, denn wir sehen ja fast täglich, daß, wenn bei einem normalen Rausch etwas Außergewöhnliches passiert, die Beteiligten sofort relativ oder ganz nüchtern werden. Allerdings wird das Fehlen eines völligen Zusammenbruchs und des terminalen Schlafes uns durchaus nicht etwa erlauben, das Vorhandensein eines pathologischen Rausches anzuzweifeln.

Sehr häufig, fast in allen Fällen, wird der in Rede stehende pathologische Zustand beeinflußt durch Sinnestäuschungen, wahnhafte

---

[1]) Ich möchte dabei, wie HEILBRONNER, bemerken, daß man bei Bewertung dieser Angaben von Laien vorsichtig sein muß.

Vorstellungen und durch Angstaffekte, wie ich bereits hervorgehoben habe. Es kann unter Umständen der pathologische Rausch fast den Charakter eines abortiven deliranten Zustandes gewinnen (pseudoivresse delirante).

Die Angst kann gegenstandslos sein und sehr hohe Grade erreichen und kann ähnlich wie beim Raptus melancholicus zu Mord- und Selbstmordversuchen führen, sie kann aber auch zur vollen Verzweiflung ansteigend, sich mit schweren ängstlich-phantastischen Furcht-, Schreck- und Ueberwältigungsideen verbinden. Dazu kommt gewöhnlich eine mehr oder weniger starke Desorientiertheit (Heilbronner), wobei die veränderte Vorstellung der Außenwelt eine große Rolle spielt. Die Sinnestäuschungen sind meist optisch und haben häufig den gleichen Charakter wie bei dem ängstlich gefärbten Delirium tremens, massenhaft schreckliche Tiere, Schlangen, Gewürm usw. Die Gehörstäuschungen sind meist insultierenden, bedrohlichen Charakters. Die Kranken hören tuscheln, Leute an der Tür vorbeischleichen, hören Schritte hinter sich oder vernehmen kurze Schimpfworte, „jetzt geht der Lump", „weg muß er", „ins Irrenhaus gehört er" usw. (Heilbronner). Wahnhafte Bildungen, entsprechend der angstvollen Desorientiertheit, sind häufig (Möli, Heilbronner). Auch Eifersuchtswahnideen können hineinspielen. Ebenso findet man in seltenen Fällen noch maniakalische Erscheinungen.

Wichtig zur Diagnose gerade der pathologischen Bewußtseinsstörung ist neben der mehr oder weniger ausgeschalteten Erinnerung die Erkenntnis, daß die Handlungen und Reden während des Zustandes transitorischer Bewußtseinsstörung dem betreffenden Individuum selbst als ein vollständig fremdartiges Produkt seiner geistigen Tätigkeit vorkommen.

Die Bewußtseinsstörung ist meist eine recht hochgradige, entsprechend diesem Faktum ist auch die Erinnerung häufig sehr defekt, oft besteht völlige Amnesie.

Gelegentlich gelingt es auch, bei dem pathologischen Rausch eine Veränderung in der Pupillenreaktion nachzuweisen (träge reagierende und lichtstarre Pupillen).

Man hat sich mit Recht daran gestoßen, daß man diese schweren Zustände als pathologischen Rausch bezeichnet, weil ja gewissermaßen jeder Rausch einen pathologischen Zustand darstellt und hat deshalb die Bezeichnung komplizierter Rausch und pathologische Alkoholreaktion vorgeschlagen, ohne daß sich diese Bezeichnungen recht eingebürgert haben.

Die Trennung des pathologischen Rausches von dem „normalen" Rausch kann forensisch von großer Wichtigkeit werden. Im allgemeinen wird man sagen können, daß man nur den Rausch als pathologisch in forensischem Sinne wird bezeichnen können, bei dem wir pathologische Momente nachweisen können, die den Rausch beeinflußt haben.

Forensisch ist der pathologische Rausch namentlich deswegen von Wichtigkeit, weil er häufig Veranlassung zu Gewaltakten (Totschlag, Brandstiftung u. dergl.) ist.

Die Dipsomanie (Quartalsäufersucht).

Die Dipsomanie findet man fast nur bei schwer belasteten, degenerativ veranlagten Individuen. Selten kann man bestimmte

Momente feststellen, welche die erste Attacke auslösten, in einem Falle sah ich im Anschluß an ein Trauma, das einen Schädelbruch zur Folge hatte, das Leiden auftreten, in einem anderen löste eine starke Gemütsbewegung die erste Attacke aus. Der Beginn der Krankheit fällt meist in das dritte oder vierte Lebensjahrzehnt. In selteneren Fällen beginnt die Krankheit schon gegen das Ende der Pubertät. Im großen und ganzen ist die Dipsomanie keine häufige Krankheit.

Die dipsomanische Attacke beginnt in vielen Fällen mit Prodromen; die Kranken fühlen sich matt, beunruhigt, schlafen schlecht und klagen gelegentlich auch über Angst. Nicht selten beobachtet man auch, daß ein Stadium von krankhafter Eigenbezeichnung und Mißtrauen, das oft einen fast paranoischen Charakter annimmt, den einzelnen Anfall einleitet. In einzelnen Fällen konnte ich in diesen Prodromalstadien das Auftreten von Pupillenungleichheit oder einseitiger Facialisparese oder Sprachstörung feststellen.

Den Beginn der eigentlichen Attacke kennzeichnet das Auftreten eines zwangsmäßigen Antriebs zum Genuß alkoholischer Getränke, dem der Kranke trotz allen Widerstrebens schließlich unterliegt. Der Zwang zum Trinken wird von den Kranken auf die verschiedensten Ursachen zurückgeführt. Die einen geben an, daß eine unnennbare Angst sie dazu angetrieben habe, andere berichten, eine unerklärliche Unruhe, ein Mißtrauen gegen ihre Umgebung, speziell gegen die Menschen, welche es am besten mit ihnen meinten, habe ihnen das Schnapsglas in die Hand gedrückt, andere wissen gar nicht anzugeben, wie das so gekommen sei.

Die Attacke selbst spielt sich bei ein und demselben Individuum meist in fast photographischer Treue ab, wenn auch die Anfälle nicht in regelmäßigen Intervallen, sondern meistens in unregelmäßigen Zeiträumen auftreten, so daß also der Ausdruck „Quartalsäufer“ nur sehr cum grano salis zu nehmen ist. Der eigentliche Anfall beginnt mit einem wahl- und ziellosen Trinken, das meist sehr bald bei der ausschließlichen Kognak- und Schnapszufuhr anlangt. Auch der Bessersituierte sucht für seine Exzesse meist Kutscherkneipen und übelberüchtigte Spelunken auf oder er treibt sich planlos wie ein Poriomane in den Wirtshäusern verschiedener benachbarter Dörfer herum. Die Attacke dauert etwa 3 Tage, kann sich aber auch bis zu 14 Tagen hinziehen. Der Grad des Rausches ist verschieden, wenn auch sinnlose Betrunkenheit gewöhnlich der Schluß zu sein scheint.

Einzelne Dipsomanen sind intolerant gegen Alkohol und geraten in der Attacke gewöhnlich sehr rasch in einen Zustand schwerer Bewußtseinsstörung, in dem sie der Umgebung sehr gefährlich werden können. Sehr häufig ist den Kranken in der Attacke jedes Mittel recht, um zu Alkohol zu gelangen. Manche Patienten wissen nachher genau, in welcher Kneipe sie gewesen sind und begleichen dann ihre Schulden, andere, bei denen Amnesie besteht, kommen wegen Zechprellerei in Untersuchung.

Häufig endet die dipsomanische Attacke mit einem terminalen Schlaf. Nach Ablauf der Attacke ist der Kranke niedergeschlagen, voller Selbstvorwürfe, in der Regel überwindet er aber innerhalb kurzer Zeit diese Depression und macht sich mit den besten Vorsätzen wieder an die Arbeit. Er ist fleißig und nüchtern, bis ein neuer Anfall kommt und ihn wieder seinem Verhängnis entgegenführt.

Eine Heilung der Dipsomanie gehört zu den Seltenheiten und

ist nur bei streng durchgeführter Abstinenz und genauer ärztlicher Kontrolle zu erzielen. Nicht selten habe ich gesehen, daß Dipsomanen nach längerem Bestehen der Krankheit ausgesprochene chronische Alkoholisten wurden und allmählich verblödeten. Gelegentlich setzt auch ein im Rausche erlittener Unglücksfall ihrem Leben ein Ziel. Selbstmord nach Beendigung der Attacke ist selten. Bei ruhigem Leben in der Anstalt unter streng durchgeführter Abstinenz können oft Jahre vergehen, bis eine Attacke kommt. Nach der Rückkehr ins Leben erfolgt aber in der Regel rasch ein neuer Anfall.

Verhältnismäßig günstig für eine Behandlung sind die Fälle mit ausgesprochenen Prodromen. Hier gelingt es durch große Dosen von Brompräparaten und Paraldehyd, sowie durch Bettruhe, die Attacke zu kupieren.

Die Pathogenese der Krankheit kann eine sehr verschiedenartige sein. In den Fällen mit im Vordergrund stehender Bewußtseinsstörung und ausgeprägten Gedächtnisstörungen wird man unbedenklich der Gauppschen Hypothese zustimmen können, daß es sich um eine Art von epileptischer Erkrankung handelt, eine Erwägung, die sicher auch für viele Fälle von pathologischem Rausch zutrifft. In anderen Fällen handelt es sich um eine periodische Seelenstörung, z. B. um eine periodische Melancholie; Ziehen betont, daß auch eine periodische Manie zu dipsomanischen Attacken führen kann.

Auf alle Fälle muß daran festgehalten werden, daß es nicht eine Folge der Trunksucht ist, welche die Dipsomanie herbeiführt, sondern daß ein periodisch auftretender krankhafter Zustand die dipsomanische Attacke auslöst.

Die Korsakowsche Psychose

soll hier ebenfalls ihre Besprechung finden, weil in den meisten Fällen der Alkoholismus die Grundlage für die Erkrankung bildet, wenn auch andere chronische Vergiftungen, z. B. Arsen, ja sogar neuerdings auch infektiöse Prozesse (Typhus) als Grundlage für die Krankheit erkannt worden sind. Ja, man hat den Versuch gemacht, weniger der chronischen Vergiftung mit Alkohol eine ätiologische Bedeutung beizumessen, als den die chronische Vergiftung begleitenden Darmstörungen und den dabei entstehenden Toxinen. Man hat auch darauf hingewiesen, daß sich ein Korsakowscher Symptomenkomplex mit den Erscheinungen der Polioencephalitis haemorrhagica superior komplizieren kann, und direkt von einer toxämischen Psychose, Cerebropathia toxaemica, gesprochen.

Die ersten Fälle dieser Krankheit, welche beschrieben worden sind, zeichneten sich dadurch aus, daß den krankhaften psychischen Erscheinungen eine Neuritis multiplex vorausging, oder doch dadurch, daß die Psychose mit neuritischen Erscheinungen (Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme und der Muskulatur auf Druck, Entartungsreaktion, Atrophien) kompliziert war. Jolly hat nachgewiesen, daß der in Rede stehende Symptomenkomplex auch ohne neuritische Erscheinungen vorkommt.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex ist ausgezeichnet durch eine eigentümliche Gedächtnisstörung. Die Kranken vergessen alle neu aufgenommenen Eindrücke sofort wieder, während das Gedächtnismaterial aus früherer Zeit zur Verfügung bleibt. Es handelt

sich also um einen Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit, den wir ja auch bei organischen Erkrankungen des Gehirns und bei den senilen Prozessen beobachten können. Es kann diese amnestische Störung aber auch noch dadurch ausgezeichnet sein, daß der blinde Fleck im Gedächtnis sich im Verlauf der Krankheit noch weiter ausbreitet. (Retroaktive oder retrograde Amnesie.) Die Gedächtnisstörung der Korsakowschen Psychose kommt hauptsächlich dadurch zustande, daß die Komponente der Merkfähigkeit, soweit die Gedächtnisleistung in Betracht kommt, ausgefallen ist. Der Kranke faßt wohl auf, was man zu ihm sagt, aber im nächsten Augenblick ist das Aufgefaßte auch wieder verschwunden. Er versagt infolgedessen auch, wenn man ihn auffordert, längere Sätze, welche ihm wiederholt und langsam vorgesprochen worden, zu wiederholen.

Sehr charakteristisch sind ferner die Pseudoreminiszenzen oder Erinnerungsfälschungen, welche meistens das gesamte Krankheitsbild beherrschen. Die Kranken, welche fast immer ruhig und zufrieden sind, erzählen uns die abenteuerlichsten Erlebnisse, berichten über Reisen und Arbeiten, welche sie noch vor einer halben Stunde unternommen haben wollen und nehmen es im allgemeinen nicht übel, wenn man ihre Erzählungen mit ungläubigem Lächeln aufnimmt. Oft kommen sie dabei geradezu in ein zusammenhangloses Konfabulieren, so daß sie den Eindruck eines schwer verwirrten Menschen machen. Immer handelt es sich dabei aber mehr um eine Augenblickskonfabulation (Bonhoeffer). Sie wissen im nächsten Moment nicht mehr, was sie eben erzählt haben. Sehr selten drehen sich die Konfabulationen um einen fixierten Kern.

Nahe Beziehungen zur Korsakowschen Psychose hat das Delirium tremens. Daß ein protrahiertes Delirium in die Korsakowsche Psychose hinüberführen kann, haben wir bereits gesehen. Aber auch im Verlauf der Korsakowschen Psychose, namentlich im ersten Stadium, in den ersten Wochen und Monaten, können namentlich des Abends und bei Nacht vorübergehende delirante Zustände auftreten. Die Kranken sind beunruhigt, desorientiert und völlig ratlos.

Diese Beziehung der Korsakowschen Psychose oder des amnestischen Symptomenkomplexes, wie man den Zustand auch nennt, ist deswegen wichtig, weil man daran denkt, daß dieselben toxämischen Produkte zur Entstehung des Delirium tremens, der Korsakowschen Psychose und der Encephalitis haemorrhagica superior Veranlassung geben können. Daß diese theoretische Annahme nicht ganz von der Hand zu weisen ist, lehrt die Tatsache, daß häufig auch die Symptome der letztgenannten Krankheit in die Erscheinungen des amnestischen Symptomenkomplexes hineinspielen. (Augenmuskellähmungen, bulbäre Symptome usw. Raimann, Elsholz u. a.)

Die neuritischen Erscheinungen, welche die Psychose begleiten können, sind sehr verschiedenen Grades. Während man manchmal nur vorübergehend eine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und der Muskulatur in Verbindung mit leichten Veränderungen der Reflexe und der elektrischen Erregbarkeit findet, bestehen in anderen Fällen schwere neuritische Veränderungen mit weitgehenden Atrophien und ausgesprochener Entartungsreaktion. So habe ich einen Fall beobachtet, einen schweren Trinker betreffend, bei dem fast alle willkürlichen Muskeln gelähmt und atrophisch waren. Bei diesem Patienten haben sich innerhalb 9 Jahren alle Muskeln bis

auf die vom Radialis innervierten wiederhergestellt. Auf psychischem Gebiet ist eine leichte Demenz zurückgeblieben.

So günstig im allgemeinen auch bei schweren Fällen die Prognose für diese neuritischen Veränderungen ist, so ungünstig ist die Prognose für die Psychose. Sichere Genesungen sind nur ganz ausnahmsweise beobachtet worden (Bödeker). Meist findet sich ein Uebergang in eine chronische Psychose, Paralyse, paranoische Zustände, Verblödung leichteren oder schwereren Grades. Die Krankheit hat einen exquisit chronischen Verlauf. Nach den ersten Wochen oder Monaten schwindet gewöhnlich die Neigung zum Konfabulieren, auch die amnestischen Erscheinungen können sich bessern, dafür treten aber mehr die Erscheinungen der geistigen Schwäche in den Vordergrund, welche im Anfang leicht übersehen werden. Diese geistige Schwäche nimmt in den meisten Fällen, wenn auch die neuritischen Erscheinungen sehr gut zurückgehen, noch zu. Wir haben infolgedessen häufig weitgehende Verblödungszustände, die schwer von der Paralyse zu trennen sind, als Endresultat. Auch der pathologisch-anatomische Befund ist in solchen Fällen manchmal schwer von der progressiven Paralyse zu unterscheiden.

Schließlich sei auch noch hervorgehoben, daß die Hauptsymptome der Korsakowschen Psychose, der amnestische Symptomenkomplex, bei einer ganzen Reihe schwerer Erkrankungen, namentlich organischen Gehirnerkrankungen vorkommt (Knapp), und einzelne Autoren, so namentlich Kraepelin auf dem Standpunkt stehen, daß man nicht von einer Korsakowschen Psychose an sich, sondern nur von einem Symptomenkomplex sprechen darf.

Die Therapie

aller alkoholischen Seelenstörungen und auch der Zustände, bei denen der Alkohol an und für sich schädliche Wirkungen zu entfalten pflegt (Intoleranz, Dipsomanie, pathologischer Rausch usw.), kann nur in einer streng durchgeführten Abstinenz bestehen. Die alkoholischen Seelenstörungen müssen selbstverständlich in einer Anstalt behandelt werden.

Nach Beendigung der Anstaltsbehandlung kommt aber noch eine Hauptaufgabe, die Erziehung zur Abstinenz. Diese geschieht am besten in einer Trinkerheilanstalt; während des Aufenthalts, der, wie wir gesehen haben, mindestens ein bis zwei Jahre zu dauern hat, ist dafür zu sorgen, daß der Patient in einen Abstinenzverein eintritt, denn nur so ist zu erwarten und eine Gewähr dafür gegeben, daß Rückfälle nicht vorkommen. In ganz verzweifelten Fällen kann man versuchen, mit der Entmündigung wegen Trunksucht etwas zu erreichen. Man muß allerdings darauf gefaßt sein, daß der Trinker trotzdem zu seinem vermeintlichen Rechte kommt.

Die pathologische Anatomie

der alkoholischen Seelenstörung hat noch nicht dazu geführt, Veränderungen ausfindig zu machen, welche allein für den Alkoholismus und seine psychischen Veränderungen charakteristisch wären, das ist, wie wir gesehen, nicht einmal für das Delirium tremens gelungen.

In ausgesprochenen Fällen mit lange bestehendem chronischen Alkoholismus finden wir allerdings besonders greifbare, wenn auch nicht

typische Veränderungen im Gehirn. Die Dura kann verdickt sein und die Erscheinungen einer mehr oder weniger ausgeprägten Pachymeningitis haemorrhagica zeigen, die Pia weist meist eine auffällige leptomeningitische Verdickung und Trübung über der Konvexität auf. In schweren Fällen besteht eine leichte, schon makroskopisch sichtbare Atrophie der Windungen und auch des Markweißes der Hemisphären. Das Ependym ist granuliert. Mikroskopisch findet man häufig starke Gefäßveränderungen (Weber), Blutungen und Pigment im Gewebe oder in den adventitiellen Räumen, Zellinfiltration um die Gefäße, Sklerose der Ganglienzellen, Randstellung des Kerns, Deutlicherwerden der Fortsätze und anderes.

Literatur.

Ballet, La psychose polyneuritique. X. Congrès des médicines aliénistes et neurologiques de France, tenue à Marseille. Revue de Neurologie Nr. 3 1899 (außerdem in sechs anderen französischen Zeitschriften veröffentlicht).

Boedecker, Ueber einen akuten und einen schweren Fall von Korsakowscher Psychose. Arch. f. Psych., Bd. 40, H. 1, S. 304.

Bonhoeffer, Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., S. 265, 1899.

Derselbe, Die alkoholischen Geistesstörungen. Aus: Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1905, S. 511.

Derselbe, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Alkoholdelirien. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., H. 3, S. 229, 1897.

Derselbe, Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Habilitationsschrift. Breslau 1897.

Derselbe, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, G. Fischer, 1901.

Cramer, A., Ueber die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches.

Derselbe, Pathologische Anatomie der Psychosen, im Handbuch der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems von Flatau, Jacobson und Minor, 1904.

Derselbe, Gerichtliche Psychiatrie. 4. Aufl., Jena, G. Fischer, 1908.

Elmgren, Delirium tremens in moderate drinkers. Journ. of the amer. med. association 35, 20, 17. Nov 1900.

Elzholz, Ueber die Beziehungen der Korsakowschen Psychose zur Polyencephalitis acuta haemorrhagica superior. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 15, 1900.

Derselbe, Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XV, S. 180, 1897.

Derselbe, Cerebropathia psychica toxaemica. Jahrb. f. Psych., Bd. XX, S. 400, 1901.

Gaupp, Die Dipsomanie. Jena, G. Fischer, 1901.

Gudden, Ueber die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen. Neurol. Centralbl., Nr. 23, S. 1096, 1900.

Heilbronner, Ueber pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschr., S. 962.

Hertz, Paul, Bidrag til Patogenese af Delirium tremens. Hop. Tidende R. VI, 8, 9, 10, 98.

Hoppe, Die Tatsachen über den Alkohol. Dresden, Böhmert, 1899.

Knapp, Die polyneuritischen Psychosen. Wiesbaden bei Bergmann, 1905.

Jakobson, Ueber die Pathogenese des Delirium tremens. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIV, H. 1 u. 2, 1897.

Jolly, Die psychischen Störungen bei Polyneuritis. Neurol. Centralbl., Bd. XIX, S. 916 und Chariteannal., Bd. XXII, S.-A., 1897.

Korsakow, Ueber eine besondere Form psychischer Störung, kompliziert mit multipler Neuritis. Arch. f. Psych., Bd. XXI, 1890. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVI.

Koutznietzow, Ueber den alkoholischen Automatismus. Neurol. Bote, Bd. V, S. 41.

Lentz, L'automatisme alcoolique. Journ. de Neurol. et Hypnol., Nr. 31, p. 42, 1897.

Margulies, Pupillenanomalien bei Alkoholisten. Diss., Berlin 1910.

Mayet, L., Les differentes formes mentales de l'ivresse alcoolique. Ann. d'Hygiène publique, Paris 1901.

Meyer, E., Pathologische Anatomie der Psychosen. Aus der Orthschen Klinik, 1903.

Derselbe, Ueber akute und chronische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXXVIII, Heft 2.

Meyer, E. u. Raecke, Zur Lehre vom Korsakowschen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych., Bd. XXXVII H. 1, 1902.

Mönkemöller, Kasuistische Beiträge zur polyneuritischen Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, 1898.

Möli, Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII, H. 2, 1902.
Raimann, E., Polioencephalitis superior acuta und Delirium alcoholicum als Einleitung einer Korsakowschen Psychose ohne Polyneuritis. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 2, 1900.
Reichard, Zur Symptomatologie des Delirium tremens. Neurol. Centralbl., Nr. 12, S. 551, 1905.
Soukhanoff u. Tscheltzoff, Ein Fall von akuter Melancholie, kompliziert durch Polyneuritis u. Korsakowsche Psychose. Medicinskaje Obozrenje, Nr. 10, 1901.
Stapel, Das Verhalten der Pupillen bei der akuten Alkoholintoxikation. Alkoholversuche an psychisch Gesunden und Minderwertigen. Diss., Göttingen 1910 und Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1910.
Schultze, Beitrag zur Lehre von den sog. polyneuritischen Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1898.
Villers, Pathogénie et prognostie du Delirium tremens. Bull. de la Soc. de Méd. de Belgique, Juni 1898.
Weber, W., Hyaline Gefäßerkrankung bei einem Säufer. Arch. f. Psych., 1901.
Derselbe, Zur Behandlung der Trunksucht. Deutsch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 7, S.-A.

Psychosen bei Morbus Basedowii.

Die Basedowsche Krankheit ist, kurz skizziert und rein neurologisch, ausgezeichnet durch die Tachykardie, die Struma und den Exophthalmus. Häufig findet man bei der Krankheit eine Reihe nutritiver und sekretorischer Störungen, worunter ich besonders die häufig ohne Grund auftretenden und verschwindenden profusen Diarrhöen erwähnen möchte, weil gerade sie uns den Gedanken näher bringen, der bei der Erkrankung der Thyreoidea an sich schon kaum zu umgehen ist, daß bei der Basedowschen Krankheit toxische Prozesse, wahrscheinlich Autointoxikationen, eine Rolle spielen.

Fast bei allen an dieser Krankheit leidenden Patienten finden wir mehr oder weniger ausgeprägte nervöse Erscheinungen, namentlich eine gewisse leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit. Auch Kombination mit Hysterie (Eulenburg, Quast, Hayem u. a.) ist beobachtet. Psychosen sind nach meinen Erfahrungen selten. Eine spezifische Basedow-Psychose gibt es nicht (Oppenheim), dagegen können sich die verschiedenartigsten psychischen Symptomenkomplexe auf dem Boden der Basedowschen Krankheit entwickeln. Nicht selten sind depressive Zustände, welche sich oft mit starken Angstanfällen komplizieren. Gelegentlich beobachtet man, daß das stärkere Hervortreten der psychischen Erscheinungen sich auch mit einer stärkeren Betonung des Basedowschen Symptomenkomplexes verbindet. Auch maniakalische Zustände sind häufig beobachtet (Hirschel), ebenso sieht man halluzinatorische Zustände, dieselben erinnern nach meiner Erfahrung sehr an die Zustände ähnlicher Art, welche man bei Myxödemkranken beobachten kann.

Zustände von ausgeprägt delirantem Charakter sind bei ungünstigem Ausgang der Krankheit gegen das Ende wiederholt festgestellt worden.

Abgesehen von diesen ausgesprochen psychischen Störungen beobachtet man bei Morbus Basedowii gelegentlich eine eigentümliche

Charakterveränderung. Die Kranken sind fahrig in ihrem Wesen, unordentlich im Anzug, schwer zu konzentrieren, vergessen leicht, erscheinen dann wieder, wenn sie etwas in Angriff nehmen, außerordentlich hastig und unüberlegt. Dazu kommt noch die leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit und oft eine hartnäckige Schlaflosigkeit.

Eigentliche Zustände von Stupidität, wie sie beim Myxödem vorkommen, habe ich bei dem Morbus Basedowii noch nicht gesehen.

Die Aetiologie des Morbus Basedowii ist noch wenig erforscht, meist stammen die Patienten aus belasteten Familien. Das Auftreten von psychischen Erscheinungen scheint von ganz besonderen individuellen Dispositionen abzuhängen. Pathogenetisch nimmt man an, daß bei dem Morbus Basedowii die Schilddrüse infolge ihrer Erkrankung ihre entgiftenden Eigenschaften verliert oder doch in ihrer Tätigkeit wesentlich eingeschränkt wird, und daß die daraus resultierenden Toxinwirkungen aus dem Darmtraktus in Stoffwechselstörungen zum Ausdruck kommen.

Auf jeden Fall ist dieser letztere theoretische Gesichtspunkt therapeutisch nicht nur bei den reinen Fällen von Morbus Basedowii, sondern auch von Basedow-Psychose mit Erfolg zur Durchführung gelangt (Alt). Auch ich kann den Erfolg bestätigen. Die Therapie besteht neben Bettruhe in einer möglichst sorgfältigen unter steter Beobachtung des Stickstoffgleichgewichts durchgeführten Ernährung, wobei es sich empfiehlt, die Kohlehydrate möglichst einzuschränken (Alt). Bei vielen Fällen wird das Resultat noch verbessert, wenn man neben roher Hammel-Thyreoidea (3 mal wöchentlich 15 g) auch noch Natrium phosphoricum 1,0 mehrmals täglich gibt. Im allgemeinen neigen die psychischen Störungen bei Basedow zu Recidiven, namentlich wenn nicht die Grundkrankheit einer länger dauernden energischen Behandlung unterworfen wurde. Ueberhaupt macht die Komplikation mit Basedow die Prognose einer Psychose im allgemeinen nicht gerade günstiger.

Literatur.

Alt, Die Behandlung des Morbus Basedowii. Deutscher Verein f. Psych., 1906. München, cfr. Münchn. med. Wochenschr.

Greidenberg, Ueber Geistesstörung bei Basedowscher Krankheit. (Russisch.) Ref. in der allgem. Zeitschr. f. Psych, Bd. L, S. 113.

Hayem, Sur un cas de chlorose avec goître fruste et hystérie. La méd. mond., Nr. 6, 1897.

Hirschel, Psychosen bei Morbus Basedowii. Jahrb. f. Psych., Bd. XII, S. 50, 1894, daselbst auch Literatur.

Psychosen bei Chorea.

Für unsere Betrachtungen interessiert uns sowohl die Chorea minor als die chronische Chorea.

Die Chorea minor, die Chorea St. Viti, Sydenhamsche Chorea, ist vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen und Kindesalters. Die wesentlichen Erscheinungen bestehen in unwillkürlichen, zuckenden, manchmal aber auch fast koordinierten Be-

wegungen, welche regellos wechselnd bald hier, bald da auftreten und immer auch die Gesichtsmuskulatur in Mitleidenschaft ziehen, so daß es zu grimassierenden Bewegungserscheinungen kommt. Auch die Sprache kann schwere Störungen zeigen (Bruns). Die choreatischen Bewegungen können auf beiden Körperhälften vorkommen oder nur auf einer Seite (Hemichorea). Im tiefen Schlafe verschwinden die Bewegungserscheinungen (Jolly). Unter den Ursachen der Chorea minor spielen eine angeborene nervöse Disposition, schwächende Erkrankungen, geistige Ueberanstrengung (durch einen unzweckmäßig eingerichteten Schulunterricht) und gemütliche Erregungen neben infektiösen Prozessen die wichtigste Rolle. Bekannt ist die Beziehung der Chorea zur akuten Endokarditis und zum Gelenkrheumatismus. Auch im Anschluß an andere Infektionskrankheiten kommt Chorea vor, wenn auch bei vielen Fällen eine infektiöse Aetiologie nicht nachgewiesen werden kann.

Es sei noch betont, daß man unter den choreakranken Kindern und jugendlichen Individuen zwei Gruppen von Fällen findet, erstens solche, bei denen man neben den choreatischen Erscheinungen auch Symptome findet, welche auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems direkt hinweisen, z. B. Hypotonie, ungleiche Reflexe und organische Herzerkrankung; diese Gruppe bezeichnet man als infektiöse Chorea, zweitens solche, bei denen derartige Erscheinungen fehlen. Gerade von diesen Fällen hat man durchaus den Eindruck des funktionellen psychogen entstandenen, man bezeichnet sie auch direkt als hysterische Chorea. Für unsere Betrachtungen ist die erstere Form die wichtigere.

Die infektiöse Chorea kann auch fast epidemisch auftreten. So habe ich kürzlich eine Epidemie von 90 derartigen Fällen beobachtet. Wassermann und A. Westphal ist es geglückt, aus dem Gehirn und aus den endokarditischen Auflagerungen eine Streptokokkenart zu züchten, welche bei Tieren multiple Gelenkentzündungen hervorrief. Chorea ist allerdings bei den Tieren nicht aufgetreten. Im Verein mit Többen habe ich dieselben Befunde wie die oben genannten Autoren erheben können.

Fast bei allen Choreakranken bestehen psychische Veränderungen mehr oder weniger deutlich ausgeprägt. Meist zeigen sie eine erhöhte Reizbarkeit und sind bei geistigen Anstrengungen leichter erschöpfbar. Es besteht dabei eine Abnahme in der geistigen Leistungsfähigkeit. Auch nach Ablauf der Bewegungsstörung bleibt manchmal noch längere Zeit eine gewisse Schwäche des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens zurück.

Nicht selten verbindet sich die Hysterie mit der Chorea (Oppenheim).

Auch ausgesprochene psychische Störungen sind nicht selten. Wieder sind es verschiedenartige Zustandsbilder, welche sich zeigen können: Depressionszustände, Zustände halluzinatorischer oder deliranter Verwirrtheit und seltener paranoide Zustandsbilder. Maniakalische Attacken sind häufiger beobachtet worden. Meist bestehen diese Zustände für einige Wochen auf der Höhe der Krankheit. Häufig schließt sich an die akuteren Erscheinungen ein Zustand von Apathie und teilnahmloserem Verhalten an. Jolly hat in einem Falle gesehen, wie aus dem choreatischen Bewegungsspiel heraus sich der Bewegungsdrang der Manie entwickelte.

Während im allgemeinen der Irrenarzt, der nicht gerade an einer Klinik tätig ist, die psychischen Störungen bei der Chorea minor

seltener zu Gesicht bekommt, gehört recht eigentlich in die Domäne des Psychiaters

die chronische Chorea, die Chorea hereditaria, die Huntingtonsche Chorea, die degenerative Chorea.

Diese Form der Chorea tritt häufig familiär auf, es können aber auch sporadische Fälle vorkommen. Das, was sie charakterisiert, ist das Auftreten im mittleren Lebensalter, das Fehlen einer sicheren infektiösen Aetiologie, der fortschreitende Verlauf (Wollenberg, Facklam), der allmählich zu einer völligen Verblödung führt.

Die Ursachen der chronischen Chorea liegen in erblichen Einflüssen, in Gemütsbewegungen, körperlichen Ueberanstrengungen und Erkältungen. Allerdings ist die gesamte Aetiologie noch recht unsicher. Auch lokale Einflüsse scheinen eine Rolle zu spielen (Sinklär). Die Fälle, welche hier meiner Klinik zugehen, stammen fast sämtlich aus dem Eichsfelde. Allerdings wohnt da auch eine vorwiegend ärmere Bevölkerung.

Die chronische Chorea beginnt gewöhnlich in den oberen Extremitäten und greift sodann auf das Gesicht, den Rumpf und die unteren Extremitäten über.

Die Bewegungsstörung besteht wie bei der Chorea minor in langsam ablaufenden Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen. Wird eine Bewegung intendiert, so kann sie durch die choreatische Bewegungsstörung eine eigentümliche Weitschweifigkeit und Umständlichkeit erhalten. Man staunt oft, namentlich wenn man die Kranken essen sieht, wie sie trotz vieler umständlicher nicht dazu gehörender Bewegungen und Schwenkungen den Suppenlöffel schließlich doch noch zum Munde bringen, ohne etwas zu verschütten. Auch der Gang erhält wie jede intendierte Bewegung etwas sehr Eigentümliches. Die Gesichts- und Sprachmuskulatur ist ebenfalls beteiligt. Die Sprache wird schwer verständlich, weil Schluck- und Schnalzlaute eingeschoben und die Artikulation und Intonation überhaupt unterbrochen wird. Jede psychische Erregung, z. B. Demonstration in der Klinik, steigert die Intensität der choreatischen Bewegungsstörung.

Selten bleibt die geistige Leistungsfähigkeit während der Chorea chronica intakt.

Auch in den günstigsten Fällen klagen die Kranken über **Abnahme des Gedächtnisses** und eine **leichte Ermüdbarkeit** bei geistiger Inanspruchnahme.

In typischen Fällen verläuft der Prozeß so, daß die Krankheit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre, selten später, einsetzt. Gleichzeitig mit dem Auftreten der choreatischen Bewegungstörung werden die Kranken teilnahmloser, stumpfer und interesseloser, das Gedächtnis nimmt ab, das geistige Kapital verarmt, sie werden menschenscheu, kümmern sich nicht mehr um die Angehörigen und Familie und werden allmählich unvermögend, ihrem täglichen Berufe nachzugehen. Dabei können sie reizbar und rührselig sein, im Anfang kann es auch zu Selbstmordversuchen kommen. Ein Kranker Kraepelins erhängte seine drei kleinen Kinder und ging dann ruhig spazieren. Auch Angstattacken können interkurrent auftreten. Im weiteren Verlauf der Krankheit werden die Kranken immer stumpfer und apathischer. Die Krankheitsdauer erstreckt sich über 10—20 Jahre, gegen das Ende sind die Kranken tief und völlig verblödet.

Irgendwelche körperliche klinische Zeichen, Veränderungen an den Pupillen, Lähmungserscheinungen usw. fehlen meist völlig, so daß eine Verwechslung mit der progressiven Paralyse nicht gut möglich ist.

Die pathologische Anatomie hat bisher wenig charakteristische Befunde ergeben. Man findet wohl die Zeichen einer chronischen Geistesstörung, die zu Verblödung geführt hat, Verdickung und Infiltration der Pia, Gefäßveränderungen und Veränderungen an den Zellen. Nach den neueren Befunden kann man wohl sagen, daß es sich um eine diffuse chronische Encephalitis handelt (Solmersitz).

Literatur.

I. Chronische Chorea (Facklam).

Facklam, Beiträge zur Lehre von der Huntingtonschen Chorea. Arch. f. Psych., Bd. XXX.
Hoffmann, Ueber Chorea chronica progressiva. Virchows Arch., Bd. CXI, 1888.
Huntington, On Chorea. Philadelphia med. and surgic. Report, 1872.
Jolly, Ueber chronische Chorea hereditaria. Neurol. Centralbl., 1891.
Derselbe, Chronische Chorea, in Ebstein-Schwalbes Handbuch, 1900.
Kronthal u. Kalischer, Ein Fall von progressiver Chorea mit pathologischem Befund. Neurol. Centralbl., 1892.
Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., 1904.
Oppenheim u. Hoppe, Zur pathologischen Anatomie der Chorea chronica hereditaria. Arch. f. Psych., Bd. XXV.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 3. Aufl., 1902.
E. Schultze, Chronische progressive Chorea. Volkmanns Sammlung, 1910, bei Barth. Leipzig Nr. 578/579.
Solmersitz, Zur pathologischen Anatomie der Huntingtonschen Chorea. Arbeiten aus dem pathologischen Institut in Tübingen, H. 3, 1903.
Wollenberg, Artikel „Chorea etc." in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, Bd. XII, 1899.

II. Chorea minor.

Cramer, A. u. Többen, H., Beitrag zur Pathogenese der Chorea und der akuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1906, Bd. XVIII, S. 509.
Jolly, Chorea minor, in Ebstein-Schwalbes Handbuch, 1900.
Meyer, L., Chorea und Manie. Arch. f. Psych., Bd. II.
Oppenheim, Handbuch der Nervenkrankheiten, 3. Aufl., 1902.
Ruppel, L., Zur Differentialdiagnose der choreatischen Geistesstörung. Münch. med. Wochenschr., Nr. 10, S. 454, 1905.
Wassermann u. A. Westphal, Zur pathologischen Anatomie der Chorea. Berl. klin. Wochenschr. 1899.
Wollenberg, Artikel „Chorea" in Nothnagels spez. Pathologie und Therapie, Bd. XII, 1899.
Ziemssen, Chorea, in Ziemssens Handbuch., Bd. XII, 2.

Allgemeineres.

Bode, Ein Fall von Chorea mit Geistesstörung. Dissertation Tübingen 1899.
Jastrowitz, Akute rheumatische Geistesstörung mit akuter rheumatischer Chorea. Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 33, 34.
v. Krafft-Ebing, Ueber Psychosen bei Chorea. Wiener klin. Rundschau, 1900.

Die Morphiumpsychosen.

Aetiologisch können wir dieselben Erwägungen anstellen, wie bei dem Alkoholismus, nicht jeder, der vorübergehend Morphium gebraucht, wird ein Morphinist, sondern nur der, der in seiner Widerstandsfähigkeit bereits aus irgendeinem Grunde reduziert ist.

Die Veranlassung dazu besteht in einer angeborenen oder in einer erworbenen geringeren Widerstandsfähigkeit. Die exogen bedingte geringere Widerstandsfähigkeit kann durch den chronischen Morphiumgebrauch selbst, den irgendeine körperliche Erkrankung veranlaßt hat, herbeigeführt werden. Alle körperlichen Schmerzen des Menschen, Unbehagen verschiedenster Art, Angstzustände und alles, was zu deprimierenden Eindrücken führt, die Neigung, für den Moment über eine schlechte Stunde wegzukommen, können bei der nötigen Gelegenheit zum Morphinismus führen. Am häufigsten verfallen der Morphiumsucht Aerzte, Apotheker, Tierärzte und das Heilpersonal, Krankenschwestern, Heilgehilfen usw. Also Personen, welche häufiger und leichter Gelegenheit haben, an das Morphium heranzukommen.

Im allgemeinen kommt der Morphinismus bei den Gebildeten häufiger vor, als bei den Ungebildeten. Menschen, welche intolerant gegen Morphium sind, welche nach seiner Darreichung unangenehme, qualvolle Zustände bekommen, sind meist gegen den Morphinismus geschützt, obschon auch hier mit Eifer schließlich Gewöhnung erzielt werden kann, namentlich wenn der Arzt sagt, das nächste Mal wird es schon besser gehen.

Das Morphium schafft eine gewisse Euphorie, im Morphiumrausch schwinden Schmerzen und unangenehme Affekte und das Gefühl von Ermattung und Schwäche, auch schafft es den ersehnten Schlaf. Es erscheint wie ein Zaubermittel, das alles bringt, was man vermißt; aber leider ist die Wirkung nur von zeitlich sehr beschränkter Dauer, und die Reaktion auf die Beschwerden, die zur Injektion Veranlassung gegeben haben, ist nachher um so größer, es ist sehr bald eine neue Injektion erforderlich und schnell tritt Gewöhnung ein, so daß zu stärkeren Dosen gegriffen werden muß, um den gewünschten Zustand zu erreichen. Diesem Ansteigen ist fast keine Grenze gesetzt, Tagesdosen von 1 bis 3 g sind keine Seltenheit, ja man hat noch weit größere Dosen verbrauchen sehen. Mit der Gewöhnung an das Morphium geht gemeinschaftlich noch eine andere unangenehme Eigenschaft; die Widerstandsfähigkeit gegen Schmerzen, gegen körperliches Unbehagen, gegen deprimierende Einflüsse vermindert sich, bei allem muß das Morphium aushelfen.

Ist ein Mensch nicht mehr imstande, dem Drang zum Morphiumgenuß zu widerstehen, dann ist er ein Morphiumsüchtiger. Ein solcher ist durchaus noch nicht als ein Geisteskranker anzusehen, im Gegenteil, es kann der Morphiumsüchtige in seinem Berufe zunächst noch recht gut leistungsfähig sein. Wenn ihm nur nicht sein Stimulans, das Morphium, fehlt.

Kennt man einen solchen Morphiumsüchtigen genauer, so kann man bei rein äußerer Beobachtung die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit stellen. Wenn ein Mensch plötzlich zusammenklappt, verfallen, alt und müde aussieht, mit matten Augen an der Unterhaltung teilnimmt und, nachdem er sich für Minuten entfernt hat, wieder elastisch und spannkräftig, frisch und angeregt zurückkommt, dann ist man gezwungen, an Morphinismus zu denken. Gewöhnlich werden solche Individuen unsicher, verlegen und peinlich berührt, wenn man das Gespräch auf den Morphinismus bringt. Die Diagnose wird gesichert, wenn man den Patienten entkleiden läßt, und die zahlreichen kleinen, manchmal braun pigmentierten Einstichstellen zutage treten. Meist findet man auch enge Pupillen, die häufig träge reagieren, ja gelegentlich starr sind. Ganzes Auskleiden ist unbedingt erforderlich, weil viele Morphinisten, um ihre Sucht zu verbergen,

die Injektionen am Leibe zwischen den Beinen oder an den Nates machen. Bei Einnahme des Morphiums per os gelingt gelegentlich der Nachweis des Morphiums im Urin.

Die Beschaffung des Morphiums hat in der Regel für den Morphinisten keine Schwierigkeit, trotz der strengsten Vorschriften. Gefälschte Rezepte helfen dem einen, Uebertölpeln unerfahrener Aerzte dem anderen, während der dritte das Morphium kiloweise aus chemischen Fabriken oder aus dem Auslande bezieht.

Als *geisteskrank* ist der Morphinist zu betrachten im Zustande der *Morphiumkachexie*, im Zustand der *plötzlichen Abstinenz* und wenn sich *Alkoholismus* und *Morphinismus zu längerer Wirkung* verbündet oder *Morphinismus* und *Kokainismus* gleichzeitig das Individuum geschädigt haben.

Die *Morphiumabstinenz-Erscheinungen* können durch irgendeine Zufälligkeit herbeigeführt werden, z. B. durch das Zerbrechen einer Spritze oder Flasche mit der Lösung auf der Reise und die Unmöglichkeit, sofort Ersatz zu schaffen.

Die Unruhe, die Angst, die Erschlaffung, das Gefühl größten Elends und der Hinfälligkeit, welches ja für gewöhnlich immer wieder mehr oder weniger leicht angedeutet zu neuen Injektionen treibt, steigert sich in der Abstinenz immer mehr und führt zu äußerst qualvollen, verzweiflungsvollen Empfindungen, die häufig mit nauseaartigen Zuständen kompliziert sind, so daß dem Patienten jedes Mittel recht ist, um zum Morphium zu gelangen (gefälschte Rezepte, Diebstahl von Geld, ja sogar Einbrüche in Apotheken, Entwendungen aus Apotheken usw.). Mit dem Erlangen der ersehnten Injektion gehen die Erscheinungen rasch zurück, bei der sog. sofortigen Entziehung schwinden die schwersten Erscheinungen gewöhnlich innerhalb 8—14 Tagen.

Die *Morphiumkachexie* setzt bei dem einen früher, bei dem anderen später ein. Es handelt sich hierbei um die Dosis und die individuelle Widerstandsfähigkeit. Sie kündigt sich wie bei dem Alkoholismus durch das Auftreten einer Charakterdegeneration an. Der Morphinist wird ethisch defekt und zum Lügen geneigt und verliert seine altruistischen Gefühle, er wird ein immer brutalerer Egoist. Das Morphium bringt trotz starker Steigerung der Dosen nicht mehr das schöne euphorische Gefühl, der Schlaf verschwindet, das Gefühl der Ermüdung tritt immer rascher ein und verschwindet schließlich gar nicht mehr, es stellen sich allerlei Parästhesien ein, auch neuralgische Beschwerden und Kopfschmerzen treten auf. Die Gesichtszüge werden dauernd schlaff, der gesamte Ernährungszustand leidet, der Appetit wird schlecht, es tritt Impotenz auf, die Hände werden zitterig, die Haare fallen aus, die Zähne werden kariös und gehen zugrunde und Neigung zu Abszeßbildungen und Phlegmonen stellt sich ein. Bei Weibern atrophiert der Uterus, auch leiden sie an Dysmenorrhöe. Der Patient geht intellektuell rasch zurück, schließlich stellt der Morphinist nur noch eine traurige geistige und körperliche Ruine dar. Eine Heilung ist in diesem Stadium nicht mehr möglich.

Bei gemeinschaftlicher Wirkung von Morphium und Alkohol kann es zu *deliranten* Erscheinungen und *Halluzinationen* kommen, bei *reiner* Morphiumeinwirkung fehlen halluzinatorische Verwirrungszustände so gut wie völlig.

Bei *Morphiumkokainismus* kommt es zu den für den Kokainismus charakteristischen, plötzlich einsetzenden Zuständen

akuter Verwirrung, bei denen Gehörstäuschungen mit dem Charakter einer eminent das Leben bedrohenden Gefahr sehr häufig sind.

Die Heilung des Morphinismus ist möglich, solange noch keine ausgesprochene Kachexie vorhanden ist. Die sofortige totale Morphiumentziehung ist der sog. schmerzlosen Kur vorzuziehen. In seltenen Fällen sind Morphiumabstinenzdelirien beobachtet worden. Kommt es dabei ausnahmsweise zu Kollapsen, so hilft Morphium. Auch die Darreichung hoher Bromdosen, um die Abstinenzerscheinungen zu vermindern, ist neuerdings empfohlen worden. Mit der Durchführung der Morphiumentziehungskur ist der Morphinismus durchaus noch nicht beseitigt. Es läßt sich deshalb auch der Morphinismus nicht in 4 bis 6 Wochen heilen. Denn auch nach der Entziehungskur ist der Patient noch ein Morphiumsüchtiger. Die Hauptaufgabe ist die, den Kranken wieder zur Widerstandsfähigkeit zu erziehen, dazu bedarf es aber langer Zeit und scharfer Ueberwachung; nach meiner Erfahrung sind 1 bis 2 Jahre das Mindestmaß, es wird aber auch hier individuelle Varietäten geben. In manchen Fällen ist die dauernde Heilung überhaupt unmöglich. Auch sieht man immer wieder, daß Fälle, die man für ganz geheilt hielt, nach Jahren, wenn das Leben einmal wieder besondere Anforderungen an sie stellt, rückfällig werden und dann, um ihrem drohenden Geschick zu entgehen, Selbstmord begehen. Kurzdauernde Behandlung der Morphiumsucht rächt sich fast immer mit sofortigem Rückfall.

In den Fällen, wo die Kachexie bereits zu weit entwickelt war, bleibt nach durchgeführter Entziehungskur und längerer Abstinenz eine Besserung zwar nicht aus, aber eine Zurückbildung der ethischen Mängel, der moralischen Perversion, erfolgt nicht, es sind diese Kranken, welche oft noch über eine gute Intelligenz verfügen, mit die allerunangenehmsten Patienten, mit denen man es zu tun haben kann; sie nehmen gelegentlich den Charakter von Querulanten an.

Die Kokainpsychosen,

welche rein auf den Genuß von Kokain zurückzuführen sind, kommen selten vor, meist handelt es sich, wie erwähnt, um eine Kombination mit Morphinismus. Nicht selten kommt es zum Kokainismus dadurch, daß bei einer Morphiumentziehung, um die Beschwerden zu erleichtern, Kokain gegeben wird. Ein Verfahren, das wir mit Kräpelin als Kunstfehler bezeichnen müssen.

Bei chronischem Kokaingebrauch treten verhältnismäßig rasch und viel früher als bem Morphinismus psychische Störungen auf. Diese psychischen Störungen stellen im großen und ganzen akute Störungen vom Charakter der halluzinatorischen Verwirrtheit dar, oft erinnern sie direkt auch an ein Delirium. Es treten Eifersuchts- und Verfolgungsideen auf, die Kranken werden aufs höchste um ihre persönliche Sicherheit beunruhigt, sie schaffen sich Waffen, mit Vorliebe Revolver, an und gebrauchen, von wilder Furcht um ihr Leben getrieben, diese Waffen gegen ihre Umgebung. Häufig hat das Krankheitsbild auch einen ausgesprochen paranoiden Charakter. Kräpelin macht darauf aufmerksam, daß die wahnhafte Erklärung einen großen Einfluß auf die Deutung der Wahrnehmung hat. Oft sind fast alle Sinnesorgane an den verfälschten Wahrnehmungen beteiligt. Das Gehör, namentlich auch das Gesicht und nicht

selten auch die taktilen Empfindungen und sonstigen Hautsinne. Alle diese halluzinatorischen Empfindungen werden auch noch wahrhaft umgedeutet und bringen die Kranken in eine konstante Abwehrsituation. Auffallend ist dabei, daß die Kranken oft noch verhältnismäßig klar Auskunft geben können, das heißt, sie zeigen eine verhältnismäßig geringe Bewußtseinsstörung (Kräpelin).

Die Behandlung besteht in einer am besten sofortigen Entziehung des Kokains bei geeigneter Ueberwachung. Selbstverständlich kann das nur bei Anstaltsbehandlung erfolgen. Ist das Kokain entzogen, so ist damit noch keine Heilung erzielt; es bedarf vielmehr wie bei dem chronischen Morphinismus und Alkoholismus noch einer langen Behandlung zur Erzielung der Widerstandsfähigkeit gegen Rezidive.

Literatur.

Crothers, Cocain-inebriety. The Philadelphia med. Journ., p. 1002, 1898, May 28.
Deutsch, Wilh., Der Morphinismus. Stuttgart, bei Enke, 1901.
Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 3. Aufl., 1887.
Fiedler, A., Ueber den Mißbrauch subkutaner Morphiuminjektionen. Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Med., Nr. 27 u. 28, 1874.
Levinstein, Ueber Morphiumsucht. Berl. klin. Wochenschr., Bd. XIII, S. 183, 1876.
Mailcod, Morphine habit of long standing cured by bromide poisening. The British med. Journ., 1897, July 10.
Obersteiner. Der chronische Morphinismus. Wiener Klinik 1883.
Pouchet, Morphiomanie et Morphinisme. Le Progrès med. Nr. 18, 1898.
Rodet, Morphiomanie et Morphinisme, bei Felix Alcan in Paris, 1897.
Schröder, P., Die Behandlung des Morphinismus. Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 7, S.-A.
Weber, L. W., Die Behandlung des Morphinismus. Deutsch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 43, S.-A.

Die hysterische Seelenstörung.

Die Hysterie hat ihren Namen von der Hystera, der Gebärmutter, weil man in früheren Zeiten allgemein annahm, daß diese Krankheit zu den Genitalleiden des Weibes in einer ursächlichen Beziehung stände. Wir finden auch hysterische Erscheinungen beschrieben, soweit überhaupt schriftliche Aufzeichnungen über Krankheiten zurückreichen. Am bekanntesten ist die Hysterie in den Hexenprozessen und in der Tarantelsucht geworden. (Psychische Epidemien.)

Das Wesen der Hysterie ist uns noch nicht völlig klar. Im allgemeinen sind fast alle Autoren sich darin einig, daß der Psyche, dem Vorstellungsleben, bei dem Zustandekommen der hysterischen Erscheinungen eine besondere Bedeutung zukommt (Charcot, Möbius, Jolly, v. Strümpell, Goldscheider, Sommer, Ziehen, Binswanger, Cramer u. a.). Das heißt die Hysterischen besitzen eine große Labilität ihrer Vorstellungen, welche in einer sehr leicht und meist sehr deutlich zutage tretenden Suggestibilität zum Ausdruck kommt. Mit Binswanger und Ziehen müssen wir aber betonen, daß mit der Feststellung dieser klinischen Eigentümlichkeit, die durchaus nicht bei allen hysterischen Erscheinungen hervorzutreten braucht, das Wesen der Hysterie noch lange nicht

erklärt ist, selbst wenn wir mit Jolly sagen, daß mit dieser gesteigerten Suggestibilität sich auch eine Steigerung der affektiven und reflektorischen Erregbarkeit verbindet. Ohne daß wir daran denken, daß neben diesen in der Hirnrinde sich abspielenden Vorgängen auch subcortikale Einflüsse eine Rolle spielen können, kommen wir kaum aus (Binswanger). Dabei sehen wir ganz davon ab, daß die Ursache, welche die Suggestibilität und die ihr verwandten Erscheinungen herbeiführt, durch die Feststellung dieses klinischen Faktums noch lange nicht geklärt ist.

Dadurch wird aber die Wichtigkeit dieser aus der täglichen Beobachtung Hysterischer sich ergebenden Erfahrungstatsache in keiner Weise eingeengt. Im Gegenteil, wir müssen uns klar darüber sein, daß dieses psychogene Moment im Sinne von Sommer bei dem Zustandekommen der meisten hysterischen Erscheinungen eine wichtige Rolle spielt.

Die Aetiologie der Hysterie ist komplizierter Natur. Entschieden spielt eine ererbte Disposition bei dem Zustandekommen der Krankheit eine große Rolle, manchmal kommt diese Dispositoin direkt in einer gewissen leicht angedeuteten geistigen Schwäche und auch in den verschiedensten Stigmata Hereditatis zum Ausdruck, auch findet sich im übrigen eine leicht angedeutete degenerative Veranlagung häufig bei Hysterie. Die Disposition zur Erkrankung an Hysterie, der endogene Faktor, ist individuell sehr variabel. Es bedarf deshalb bei dem einen intensiver, bei dem anderen schwächer einwirkender äußerer Momente, um die Krankheit herbeizuführen. Bekannt ist durch die Unfallversicherungspraxis die Entstehung der Hysterie nach Trauma geworden. Bei dieser traumatischen Hysterie spielt aber sicher auch der endogen vorbereitete Boden eine sehr große Rolle, ganz abgesehen von dem psychogenen Faktor, der in der gewaltigen Suggestion unseres deutschen Rentenstreitverfahrens liegt. Auch fortgesetzte psychische Traumen (Strümpell), also täglicher Aerger, Zurücksetzung, Sorge usw. können die Hysterie auslösen. Die unzufriedene Frau stellt ein großes Kontingent zur Hysterie, sei es in den besseren Ständen, daß sie nicht genügend beschäftigt ist, sei es namentlich bei den Subalternbeamten, daß sie in der Ehe nicht das findet, was sie sich früher als „besseres Mädchen“ oder Fräulein geträumt hat. Nicht gering ist ferner der Einfluß, den eine hysterische Mutter auf die Tochter durch das tägliche Beispiel ausübt, den überhaupt ein Fall von Hysterie auf eine disponierte Umgebung hat, anzuschlagen. Auch eine körperliche Erkrankung, z. B. Bleichsucht, Ueberanstrengungen, starke Blutverluste, akute Infektionskrankheiten usw., sowie in selteneren Fällen toxische Prozesse können das Auftreten der Hysterie ebenso wie andere erschöpfende Momente befördern.

Zum Studium der proteusartigen Symptomenkomplexe der Hysterie geht man am besten von den körperlichen Erscheinungen aus und betrachtet sodann die rein psychischen Veränderungen. Dabei muß man aber immer eingedenk bleiben, daß auch die sog. körperlichen Stigmata der Hysterie zum größten Teil sicher psychisch bedingt sind.

Am besten verstehen wir die Bedeutung der Psyche, der krankhaft labilen Vorstellungen für das Zustandekommen der körperlichen hysterischen Erscheinungen, wenn wir ein häufig vorkommendes Beispiel betrachten: In der Klinik wird ein Mädchen vorgestellt mit einer kompletten rechtsseitigen Gefühls- und Be-

wegungslähmung, welche so weit geht, daß sogar das rechte Auge nicht sieht, das rechte Ohr nicht hört. Der Dozent hält einen längeren, nur für die Patientin berechneten suggestiven Vortrag, zu seinen Zuhörern, in dem er den Zustand als recht schwer bezeichnet, aber als eine besondere Merkwürdigkeit desselben betont, daß dieser Zustand durch Magnetismus so zu beeinflussen sei, daß eine Umschaltung des Zustandes von der rechten auf die linke Seite im Moment erzielt werden könne. War der Vortrag des Dozenten für den Kranken eingehend und überzeugend genug, waren die Operationen mit dem nicht wirksamen Magneten, der aus Holz bestehen kann, umständlich und sinnfällig genug, so geht in einem Moment der ganze schwere Symptomenkomplex auf die linke Seite über (Transfert der Franzosen). Das Gelingen dieses Versuches ist nur zu verstehen, wenn man an die krankhafte Labilität des Vorstellungslebens denkt. Es genügt eben die in dem Vortrag des Dozenten liegende Suggestion in Verbindung mit dem imponierenden, wenn auch nicht wirksamen Magnet, um das Bewußtsein der Körperlichkeit der Patientin in so tiefgehender Weise umzuändern.

Manchmal sieht man auch bereits in der Aetiologie, wenn man nur richtig nachforscht, die allmähliche, auf Grund von Selbsteinredung entstehende Entwicklung einer körperlichen hysterischen Erscheinung, z. B. ein verwöhnter, von seinen Eltern zärtlich gehüteter Junge erhält von seinem Lehrer eine Züchtigung auf das Gesäß, die durchaus nicht schwer zu sein braucht. Die Eltern fragen den Jungen fast stündlich: „Wie geht es dir, kannst du die Beine auch ordentlich bewegen?" auf einmal ist die Lähmung der Beine, die das Gehen unmöglich macht, aber ohne Blasen- und Mastdarmstörungen verläuft, da. (Hysterische Paraplegie.)

Auch können bei jedem Hysterischen gewöhnlich mit Leichtigkeit durch mehrfache, während der Untersuchung wie zufällig eingestreute Bemerkungen allerlei körperliche Erscheinungen, wie z. B. Gefühlslähmungen, hervorgerufen werden. Ebenso wie auch ein ungeschicktes ärztliches Vorgehen leicht hysterische Erscheinungen hervorrufen kann.

Es würde in einem Handbuch der Psychiatrie zu weit führen, in extenso auf alle sog. körperlichen Stigmata der Hysterie einzugehen, die hauptsächlichsten will ich aber hervorheben.

Das am längsten bekannte und fast nie fehlende körperliche Stigmat der Hysterie ist der Globus hystericus. Es besteht in einem quälenden Konstriktionsgefühl im Halse, in der Empfindung, „als ob da alles zu wäre", „als ob eine Kugel darin säße", „als ob immer etwas rauf und runter ginge" usw. Dieses Symptom ist allmählich inseiner Bedeutung so allgemein auch in Laienkreisen bekannt geworden, daß es, wenigstens nach meinen Beobachtungen, in neuester Zeit von den Patienten nicht selten verschwiegen wird. Dabei sei hinzugefügt, daß meist der Rachenreflex fehlt. Auch der Clavus, ein quälendes Gefühl von Schmerz in der Gegend der großen Fontanelle, ist ein bekanntes Symptom: „Es ist mir so da oben, als ob da ein glühendes Ei läge", „es ist da alles offen", es ist da so, als ob Würmer herumkröchen" usw.

Charcot und seiner Schule verdanken wir ein mehr systematisches Studium der Hysterie in ihren körperlichen Erscheinungen. Wir wissen seitdem, daß die körperlichen Erscheinungen der Hysterie hauptsächlich in Gefühls- und Beweglichkeitslähmungen, vorzugsweise der einen Seite oder auch in den vorderen Dritteln der Extremitäten,

auf jeden Fall immer in einer Weise und Verbreitung, daß an eine anatomische Grundlage nicht gedacht werden kann, und in motorischen Reizerscheinungen, in Krämpfen, bestehen. Daneben finden wir häufig auch hyperästhetische Erscheinungen.

Am Schulfalle beobachten wir die hysterische Hemiplegie und, wenn dieselbe noch nicht ganz komplett ist, können wir die Vervollständigung durch mehrere Untersuchungen leicht erreichen. Es handelt sich dabei um eine halbseitige Lähmung der Motilität, der taktilen Sensibilität, der Schmerzempfindlichkeit (Analgesie) und manchmal auch des Kälte-, Wärme- und Bewegungssinnes. Das Auffallende ist, daß entgegen allen anatomischen Grundlagen auch die höheren Sinne, Auge, Ohr, Geschmack usw. genau halbseitig auf derselben Körperhälfte befallen sind. Statt einer solchen totalen hysterischen Hemiplegie können nun alle diese Erscheinungen mehr vereinzelt oder in der verschiedensten Weise vergesellschaftet vorkommen.

Häufig findet man auch hyperästhetische Erscheinungen, Spinalirritation (Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule beim Beklopfen), Ovarie (Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Eierstöcke beim Bedrücken) findet sich entsprechend dem psychogenen Charakter der Krankheit auch beim Manne. Aber auch regellos zerstreut am Körper und meist nicht einem bestimmten Nervenverbreitungsgebiet entsprechend finden sich hyperästhetische Zonen ebensogut wie anästhetische und analgetische, dabei können diese Zonen suggestiv leicht verändert und variiert werden. Auch trophische Störungen finden sich. Bekannt ist die Dermographie, welche sich in ausgeprägten Fällen bis zur Quaddelbildung auf der Haut, ja bis zur Bildung von Narbenkeloiden steigern kann (vasomotorische Erregbarkeit der Haut). In selteneren Fällen kommt es zu Schweißsekretionen an bestimmten Stellen des Körpers, auch eigentümliche Kälteempfindungen und Temperaturherabsetzungen in bestimmten Körperprovinzen finden sich.

Die Lähmungen können ebenfalls einzelne Extremitäten, die Sprache (hysterische Stummheit, Mutismus), das Gehen, das Stehen (Abasie und Astasie), das Zwerchfell und die Augenmuskeln (Hitzig) sowie den Facialis usw. befallen. Gelegentlich kommt es auch zur Ausbildung hysterischer Kontrakturen. Nicht selten lokalisieren sich die bisher aufgeführten sensiblen und motorischen Störungen im Anschluß an eine von einem Trauma getroffene Stelle. Bei allen hysterischen Lähmungserscheinungen und Kontrakturen finden wir niemals das voll ausgeprägte Bild der peripheren oder zentralen Neuronerkrankung. (Vgl. Binswanger, Oppenheim, Cramer.)

Es sei dabei auch auf die bei Hysterischen gelegentlich sich findende spastische Urinverhaltung hingewiesen.

Die Krämpfe, welche die Hysterischen befallen, können ebenso regellos verschieden sein wie die anderen Erscheinungen.

Der ausgebildete hysterische Anfall der Grande Hysterie (Charcot und Richet) wird auch bei uns beobachtet, aber in den letzten Jahren, seitdem man aus therapeutischen Gründen diesen Dingen nicht mehr so viel Aufmerksamkeit zuwendet, entschieden nicht mehr so häufig.

Im Sinne der Franzosen (Charcot und Richet) spielt sich der große hysterische Anfall so ab, daß der Kranke, nachdem er, ohne sich zu verletzen, mehr umgesunken als gefallen, zunächst eine Zeitlang den Kreisbogen (Arc de Cercle) schlägt, sodann in wilde, drehende, wälzende Bewegungen verfällt (Klownismus), um alsdann allerlei

pathetische theatralische Stellungen einzunehmen (Attitudes passionelles). Charakteristisch für den Anfall im Gegensatz zur Epilepsie ist der Umstand, daß sich die Hysterischen fast nie im Anfall verletzen, auf jeden Fall nie so schwer, wie die Epileptiker, daß Zungenbisse nicht vorkommen und daß meist ein terminaler Schlaf fehlt. Ebenso finden wir nur extrem selten Pupillenstarre (Karplus, A. Westphal), auch ist die Bewußtseinsstörung meist nicht eine so tiefgehende wie bei Epilepsie, ja es gelingt nicht selten durch einen Guß kalten Wassers die ganze Sache zum Verschwinden zu bringen.

Neben diesen vollentwickelten großen hysterischen Anfällen finden sich alle Sorten von Rudimenten vor, Lach-, Schrei-, Rülps- und Hust-Krämpfe bis zu einseitigen halbseitigen Zuckungen und Verdrehungen und passageren tonischen Spannungszuständen.

Alle diese Erscheinungen interessieren uns hier weniger, wichtig aber für unsere Betrachtungen ist, daß die Krampfanfälle und zwar auch die mehr rudimentärer Art mit mehr oder weniger ausgeprägten Bewußtseinsstörungen verbunden sein, und daß solche Bewußtseinsstörungen auch ohne Krampferscheinungen auftreten können. Auch sei darauf hingewiesen, daß die hysterischen Krampferscheinungen sich häufig im Anschluß an einen Affekt entwickeln.

Nahe verwandt mit den hysterischen Krämpfen ist der hysterische Tremor, welcher monoplegisch, hemiplegisch oder auch paraplegisch auftreten kann und das Charakteristische hat, daß er, wie alle hysterischen Erscheinungen, immer stärker wird, je mehr man sich damit beschäftigt.

Die Reflexe sind bei der Hysterie sämtlich mehr oder weniger, wie auch das Kniephänomen, gesteigert, häufig findet sich ein rasch sich erschöpfender Fußklonus. Ein Reflex, der nie bei Hysterie vorhanden ist, ist der Babinskische Reflex (Binswanger, Oppenheim, Cramer). Reflexe, die bei der Hysterie außerordentlich selten ausfallen, sind die Bauchdeckenreflexe, die Gluteal, Skrotal-, Anal- und Mamillarreflexe (Binswanger). Dagegen fallen die Reflexe aus, welche man als komplizierte Reflexaktionen bezeichnet, bei denen eine psychische Komponente eine Rolle spielt, z.B. Lidschluß- oder Corneal-Reflex (Binswanger).

Neben den körperlichen Stigmata der Hysterie besitzen wir auch psychische Stigmata.

Die psychischen Stigmata sind hauptsächlich die folgenden: 1. Die pathologische Erregbarkeit im Affekt; 2. die Beeinträchtigungsideen; 3. die mangelnde Reproduktionstreue; 4. der Stimmungswechsel. Alle diese Erscheinungen können auch bei anderen Grenzzuständen, z. B. bei der Epilepsie, vorkommen, sie gewinnen erst die Dignität von hysterischen Stigmata, wenn sie sich mit einer Reihe von körperlichen Symptomen, die bei der Hysterie vorkommen, verbinden und durch die starke Suggestibilität noch eine besondere Färbung bekommen.

Die Erregbarkeit im Affekt ist außerordentlich charakteristisch. Das geringste und kleinste Ereignis kann die Hysterische sofort und im Augenblick außer Fassung bringen, in manchen Fällen könnte man sagen, je geringfügiger der Anlaß, um so stärker die Reaktion, während bei wirklich schweren Ereignissen die Hysterischen gelegentlich eine bewundernswerte Fassung zeigen können. Die Reizbarkeit im Affekt kann also eine pathologische Höhe erreichen, ja, sie kann so weit gehen, daß sich Krämpfe und Dämmerzustände

anschließen. Ein einfaches Wort, eine gutgemeinte Erwiderung kann die Attacke auslösen.

In einem Falle, den ich zu begutachten hatte, stieß eine Dame, der Wäsche gestohlen war, als sie diese Tatsache erfuhr, in Gegenwart vieler Personen ohne jeden Grund Majestätsbeleidigungen aus.

Alle Erscheinungen, welche mit dem Generationsgeschäft des Weibes zusammenhängen, steigern die Intensität der hysterischen Erscheinungen im Affekt ins Ungemessene. Zur Zeit der Periode namentlich, aber auch im Klimakterium, in der Schwangerschaft sind die Hysterischen ganz besonders erregbar.

In der Schwangerschaft speziell kann es vorkommen, daß bei Frauen, bei denen sonst hysterische Erscheinungen nur angedeutet sind, mit einem Male die psychischen Stigmata sehr intensiv auftreten, so daß der Mann in seiner Not den Arzt aufsucht. Die Prognose ist zwar gut, denn nach Beendigung der Schwangerschaft treten die Erscheinungen wieder zurück, aber ein Mittel, während der Gravidität diese Zustände zu bekämpfen, gibt es nicht.

Die Beeinträchtigungsideen können für die Umgebung der Hysterischen sehr lästig werden. Wir sehen auch unter den ganz Gesunden, daß der eine leichter, der andere schwerer etwas übelnimmt. Bei den Hysterischen nimmt das Uebelnehmen entschieden einen krankhaften Charakter an, bei der geringsten Kleinigkeit, bei der ein gesunder, ruhig denkender Mensch gar nichts finden würde, fühlt sich die Hysterische zurückgesetzt, nicht genügend beachtet, übervorteilt usw. Jeder Widerspruch ist vergeblich und ruft nur einen unangenehmen Affektausbruch, eine sog. Szene, hervor. Diese Beeinträchtigungsideen richten sich fast ausschließlich gegen die nächste Umgebung, Eltern, Geschwister und Ehegatten, welche das Opfer der täglichen Szenen und Aufregungen werden. „Seit dem ersten Tage meiner Ehe ist mir das Leben zur Hölle“, sagte mir ein vielgeplagter Ehemann. Ein Mann mit einer hysterischen Frau und Vater einer Reihe unverheirateter hysterischer Töchter erklärte, er sei jetzt schon soweit, daß er von diesem Leben überhaupt nichts mehr hoffe.

Die mangelnde Reproduktionstreue zeigt sich darin, daß die Hysterischen Wahrheit von Dichtung nicht unterscheiden können, ihrem krankhaften labilen Vorstellungsleben entsprechend nimmt das, was sie eben gedacht haben, für sie sofort den Charakter voller Wirklichkeit an, bona fide geben sie daher ihre falschen Erzählungen. Wie es überhaupt für den Ungeübten schwer ist, einen Vorgang objektiv zu beschreiben und wie im allgemeinen die sachgemäße Beschreibung, ohne etwas hinzuzutun oder wegzulassen, dem weiblichen Geschlecht schwerer fällt als dem männlichen, so fällt es der Hysterischen doppelt schwer, objektiv Bericht zu erstatten. Zu alledem kommt noch eine lebhafte Phantasie und ein entschieden gesteigertes Kombinationsvermögen, das ebenfalls hilft, die Dichtung in den Berichten einer ausgesprochen Hysterischen zum Vorherrschenden zu machen.

Man spricht viel von der Lügenhaftigkeit der Hysterischen; wie wir gesehen haben, handelt es sich nicht eigentlich um eine Lügenhaftigkeit, sondern nur um ein in krankhaften Momenten begründetes Unvermögen zu einer wahrheitsgetreuen Reproduktion.

Der Stimmungswechsel der Hysterischen wird im Anfange meist für Laune gehalten. Eben noch heiter, zufrieden, zugänglich, kann im nächsten Moment ganz ohne Vermittelung und ohne erkennbare Ursache die Stimmung ins Gegenteil umschlagen, um im nächsten

Augenblick einem gereizten, mißtrauischen Affekt Platz zu machen. Die einzelnen Phasen des Stimmungswechsels können länger und kürzer dauern, das Unberechenbare, Sprunghafte, Bizarre ist das Charakteristische des ganzen Zustandes.

Die hysterischen Stigmata, welche ich soeben besprochen habe, wirken häufig zusammen; die Beeinträchtigungsideen rufen den Affekt hervor und im Affekt leidet die Reproduktionstreue noch ganz besonders. Natürlich sind auch andere Kombinationen möglich.

Verbinden sich diese psychischen Stigmata noch mit einem ausgesprochenen Mangel des ethischen Vorstellungsvermögens, so spricht man von einem hysterischen Charakter. Dieser hysterische Charakter deutet auf ein fremdartiges degeneratives Moment (Wollenberg) hin. Es ist also, strenggenommen, diese Bezeichnung „hysterischer Charakter" falsch und hat mit dem eigentlichen Wesen der Hysterie nichts zu tun. Dementsprechend findet man auch Hysterische mit recht hochstehenden ethischen Eigenschaften. Ist eine ausgesprochene moralische Depravation vorhanden, dann scheuen die Hysterischen auch nicht vor bewußten Lügen zurück und sind wegen ihres oft geschickten Intriguierens sehr gefürchtet.

Eine Hysterische mit allen diesen Erscheinungen, d. h. also mit den erwähnten körperlichen und psychischen Stigmata der Hysterie, ist noch keine Geisteskranke, es kann aber diese Hysterie allmählich in Geisteskrankheit hinüberführen.

An der Grenze zwischen Hysterie und hysterischer Seelenstörung steht eine Reihe von Fällen, wo es sich um die auf psychogenem Wege entstandenen körperlichen Leiden handelt. Es gibt Hysterische, welche so gut wie gar keine Speisen mehr vertragen können, bei jedem Versuch, sich wie andere Menschen zu nähren, brechen und selbst auch bei den leichtverdaulichsten Speisen von fast täglichem Erbrechen befallen werden (hysterische Dyspepsie). Es kommen diese Kranken oft sehr herunter, sie magern bis zur äußersten Grenze ab, die Behandlung ist äußerst schwierig, und doch sehen wir Fälle, welche auf das Geheiß eines neuen energischen Arztes sofort, ohne zu brechen, alles essen können und sich sehr rasch erholen, wenn auch in anderen Fällen die Behebung des Leidens wie später erörtert werden soll, viel umständlicher ist.

In anderen Fällen befällt die Störung hauptsächlich den Darm, derselbe füllt sich mit Gasen bis zur äußersten Möglichkeit an, es entsteht dadurch ein Zustand, der einen direkt bedrohlichen Eindruck machen kann (hysterische Trommelsucht). Auch die Blasen- und Mastdarmentleerung kann auf rein psychogenem Wege Störungen erleiden.

Auch hysterische Herzstörungen sind namentlich nach Unfällen und speziell nach Elektrizitätsverletzungen nicht selten. Sie führen gelegentlich zu Anfällen von Pseudoangina pectoris hysterica. Bei diesen Zufällen fällt uns häufig die theatralische Art des Vortrags auf. Trotzdem kann namentlich im Anfang die Differentialdiagnose gegenüber einer echten Angina pectoris Schwierigkeiten machen.

Direkt an die Bedeutung einer Wahnidee grenzt die hysterische Schwangerschaft. Die Kranken gewinnen die Ueberzeugung, daß sie guter Hoffnung sind. In charakteristischer Weise entstehen auf rein psychogenem Wege alle die deutlichen äußeren Zeichen der Schwangerschaft, der Leib schwillt an und nimmt an Umfang zu, die Brüste schwellen an, sezernieren Kolostrum, die Menses bleiben weg, die Linea alba bräunt sich, Kreuzschmerzen,

kurz alle äußeren Schwangerschaftszeichen sind vorhanden, nur der Fötus im Uterus fehlt. Die Idee der Schwangerschaft korrigiert sich meist von selbst, wenn nach Ablauf der normalen Schwangerschaftszeit das Kind nicht kommen will; man erlebt es aber, daß die Trägerinnen der hysterischen Schwangerschaft sich zur vermeintlichen in Betracht kommenden Zeit ins Bett legen, um ihre Niederkunft zu erwarten, nachdem sie zuvor die Hebamme bestellt haben. Oft ist die Idee der Schwangerschaft zunächst gänzlich unkorrigierbar. So wurde mir kürzlich der Vorschlag zu einer sachverständigen gynäkologischen Untersuchung mit den Worten abgelehnt: „Und wenn alle Frauenärzte sagen, ich sei nicht schwanger, ich glaube es doch nicht."

Die geistigen Störungen, welche bei der Hysterie vorkommen, können sehr verschiedenartiger Natur sein:

1. Komplizierende psychische Störungen auf dem Boden der Hysterie.
2. Transitorische Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustände) mit den Varietäten der somnambulen Zustände und der hysterischen Schlafsucht.
3. Paroxysmusartige Zustände von kürzerer Dauer, welche im Anschluß an starke Affekte, Angstzustände auftreten und oft schwer von den echten Dämmerungszuständen zu unterscheiden sind. Sie können auch einen Dämmerungszustand direkt einleiten.

Bei der zuerst genannten Gruppe handelt es sich mehr um eine Komplikation, indem zu der Hysterie sich noch der Symptomenkomplex einer anderen Krankheit hinzugesellt, während bei den beiden letzten Gruppen echte hysterische Störungen vorliegen. Dabei muß hervorgehoben werden, daß hysterische Erscheinungen und Zustände auch in die verschiedenartigsten anderen Psychosen hineinspielen können. Z. B. in das Jugendirresein (Dementia praecox).

Es kann jede Art von einfacher Seelenstörung auf der Basis der Hysterie vorkommen, Melancholie, Manie und paranoide Zustände, auch Stuporzustände finden sich bei der Hysterie, die hysterische Basis verleiht diesen Zuständen leicht etwas Uebertriebenes, Theatralisches. Schwierig kann die Diagnose werden, wenn sich ausgesprochene hysterische Erscheinungen mit dem Krankheitsbild des Jugendirreseins komplizieren. Die hysterischen Erscheinungen treten besonders in dem Stadium des albern kindischen Gebarens dieser Krankheit (sog. Dementia praecox, Hebephrenie) hervor. Je nachdem bald die Erscheinungen der Hysterie oder des Jugendirreseins prävalieren, wird man bald von einem hysterischen Irresein bei einem jugendlichen Individuum, bald von einem Jugendirresein kompliziert durch Hysterie sprechen müssen.

Es sei hierbei bemerkt, daß die maniakalischen Zustände auf dem Boden der Hysterie sich dadurch auszeichnen, daß das Krankheitsbild durch einen Zug von Albernheit und kindischem Gebaren charakterisiert ist, dadurch kann gelegentlich auch eine Verwechslung mit der ähnlichen Episode des Jugendirreseins zustande kommen. Am häufigsten führen die Beeinträchtigungsideen allmählich zu einem paranoischen Zustand hinüber. (Hysterische Verrücktheit.)

Die Diagnose der hysterischen Verrücktheit ist im Anfang nicht ganz leicht, namentlich da auch die Entwicklung der ausgesprochenen hysterischen Psychosen häufig etwas Sprunghaftes und vor allem einen eigentümlichen Wechsel zwischen intensiveren Attacken

der Krankheit und Intervallen mit verhältnismäßig geordnetem Verhalten und Klarheit, ja Krankheitseinsicht zeigt, und der Zustand so wochen-, monate- und jahrelang hin und her schwanken kann. Dazu kommt noch, daß die Hysterischen sich zur Zeit der Anwesenheit des Arztes in der Regel sehr zusammennehmen. Ebenso haltlos wie sie in der gewohnten Umgebung erscheinen, ebenso geschickt verstehen sie alles als harmlos darzustellen, auf die natürlichste Weise zu erklären und den unerfahrenen nicht Sachkundigen durch eine taubenartige Sanftheit im Auftreten zu kaptivieren.

Die hysterische Verrücktheit zeigt namentlich drei Varietäten: 1. eine solche, welche mehr dem ausgesprochenen Bilde der chronischen Paranoia entspricht; 2. eine solche, welche entschieden einen erotischen Zug hat und 3. eine solche, welche eine übertriebene philanthropische Richtung nimmt. Bei allen dreien besteht eine Ueberschätzung des Wertes der eigenen Persönlichkeit im Verhältnis zur Umgebung.

Was die erste Variation, die typische hysterische Verrücktheit oder Paranoia betrifft, so entsteht dieselbe namentlich, wenn eine degenerative Charakterentwicklung zur Ausbildung kommt. Wir finden sie am häufigsten bei weiblichen Individuen. Meist sind es Unverheiratete oder Frauen, welche keine Kinder haben. Die Krankheit entwickelt sich in der Regel ganz allmählich. Es bestehen schon lange die mehr oder weniger ausgesprochenen Symptome der Hysterie, die „Launenhaftigkeit“ nimmt allmählich zu. Das Gefühl von Unbefriedigtsein, das die Frau ohne Kinder, namentlich der gebildeten Stände, häufig hat, ebenso wie das Gefühl der nicht genügenden Beachtung, unter dem auch die nicht-hysterischen, beschäftigungslosen alternden Mädchen fast alle leiden, steigert sich bei den Hysterischen in krankhafter Weise. Es entwickelt sich daraus gewöhnlich schon frühzeitig das Gefühl der Zurücksetzung und Beeinträchtigung. Ueberall fühlen sich die Kranken übersehen, übervorteilt und nicht ihrem wahren Werte nach erkannt. Bei ihrem labilen Vorstellungsleben finden sich überall Momente, um dies Gefühl der Beeinträchtigung zu nähren. Wenn ihnen wirklich mal unrecht getan wird, was ja im täglichen Verkehr nicht zu vermeiden ist, reagieren sie entsprechend ihrem hysterischen Temperament in extrem lebhafter Weise. Schließlich fassen sie alles im Sinne ihrer Beeinträchtigungsideen auf, es kommt zu täglichen Konflikten mit der Umgebung. In dem dadurch hervorgerufenen Affekt fehlt jede Ueberlegung, sie gebrauchen die schärfsten und unverständigsten Ausdrücke, die sie sonst nie in den Mund genommen hätten. Immer sind es andere, sie allein sind unschuldig, alles reitet auf ihnen herum, alles tut man ihnen zum Trotz, niemand gönnt ihnen etwas, stets sind sie die gekränkte Unschuld. Die Dienstboten, die Kinder, alles hat sich verschworen, sie zu ärgern, ob der Mann zustimmt oder nicht zustimmt, stets ist es nicht recht, immer gibt es eine Szene.

Namentlich zur Zeit der Menses sind derartige Hysterische gefährlich für die Ruhe ihrer Umgebung wie ein explosives Gemisch. Gewöhnlich heißt es nun: „Frau oder Fräulein X ist nervös, sie muß eine Luftveränderung versuchen.“ Es wird also die Kranke zu Verwandten oder in eine der modernen Nervenanstalten geschickt. Gewöhnlich geht es hier 14 Tage, ja auch 4 oder 6 Wochen ganz gut. Die Verwandten sind erstaunt, wie man einer so liebenswürdigen Dame solche Dinge nachsagen kann, oder die Luftveränderung hat Wunder gewirkt.

Die neue Umgebung nimmt zunächst das Vorstellungsleben der Kranken in Anspruch, ist aber die neue Umgebung eine gewohnte, eine alte geworden, so kommen auch hier dieselben Konflikte infolge der auf die neue Umgebung übertragenen Beeinträchtigungsideen vor. Die Kranke zieht weiter, räsonniert bei der neuen Umgebung über die Personen der alten Umgebung, aber bald kommt es auch da wieder, da die Kranke ihre Krankheit überall mit hinnimmt, zu denselben Szenen.

Inzwischen entwickelt sich die Krankheit weiter, die Kranke wird ethisch defekt und die Beeinträchtigungsideen nehmen den Charakter von Verfolgungsideen an. Die Kranken suchen sich gegen diese Beeinträchtigungsideen zu wehren, sie werden aus Verfolgten Verfolger. Jedes Mittel ist dabei recht. Infolge des Schwindens des moralischen Haltes scheuen sie sich nicht, ihre Familie, ihren Gatten in schamlosester Weise bloßzustellen, sie erfinden bewußt und unbewußt die abscheulichsten Dinge, welche sie ihren Angehörigen oder denen, gegen die sich die Beeinträchtigungsideen richten, vorwerfen, scheuen dabei vor einem Meineide nicht zurück und kommen auf diese Weise häufig zu einem Konflikt mit dem Strafgesetzbuch.

In einem Falle sah ich, daß eine Frau eines höheren Beamten dreimal durch geschickt angelegte Denunziationen die Versetzung des Ehegatten zu ihrem eigenen Nachteil in immer schlechtere Posten durchzusetzen verstand, in einem anderen Falle, daß eine hysterische Tochter den in angesehener Stellung befindlichen Vater durch raffiniert geschriebene anonyme Anzeigen fast um Amt und Würden brachte.

Die Diagnose wird erleichtert, wenn sich zu dem Auftreten ausgesprochener Verfolgungsideen entsprechende Sinnestäuschungen zugesellen, was aber nicht die Regel ist. Nicht selten spielen in das Wahnsystem auch traumhafte Perzeptionen aus Dämmerzuständen hinein. Auch stuporös-ekstatische Zustände kommen vor. In seltenen Fällen sehen wir auch die hysterische Verrücktheit den Charakter des Querulantenwahnsinns annehmen.

Für die Frage der Ehescheidung nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuch ist sehr unangenehm, daß diese hysterisch Verrückten in der Regel immer wieder länger dauernde Remissionen, in der die Liebe und Anhänglichkeit an die Familie und den Ehegatten rückhaltlos durchbricht, bekommen und verhältnismäßig erst spät verblöden, so daß nur selten die Bedingungen des Ehescheidungsparagraphen erfüllt sind. Klagt die hysterisch Verrückte auf Ehescheidung, was in den meisten Fällen sehr erwünscht wäre, dann scheitert die Durchführung der Klage daran, daß die Hysterische erst ihre unbeschränkte Geschäftsfähigkeit beweisen muß, was meistens nicht gelingt. Es gibt also gewöhnlich keine Möglichkeit für den vielgeplagten Ehegatten, aus dieser Ehe, die ihm im wahren Sinne des Wortes das Leben zur Hölle macht, loszukommen. Immerhin ist aber eine Trennung von Tisch und Bett (Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft) möglich.

Endlich sei noch erwähnt, daß die Hysterischen in ihren Zeugenaussagen, sei es infolge der mangelnden Reproduktionstreue, sei es dadurch, daß sie traumhafte Perzeptionen im Dämmerungszustand für wahr halten, sehr gefährlich werden können. Hier kommen bei weiblichen Person besonders in Betracht ganz bestimmte und detallierte Angaben über vermeintliche Angriffe auf die sexuelle Ehre.

Auch die dauernde Anstaltsbehandlung ist bei diesen Fällen vielfach durch die häufigen Remissionen oft nicht zu erreichen, ganz abgesehen

davon, daß auch die Anstalten meistens versuchen, derartige unbequeme Kranke loszuwerden.

Bei der Varietät, die sich durch eine erotische Färbung auszeichnet, handelt es sich in der Regel um unverehelichte alternde Mädchen, welche, häufig jeder körperlichen Reize bar, ja gelegentlich sogar mit eisgrauen Haaren, plötzlich die gänzlich unbegründete Ueberzeugung gewinnen, daß eine meist höherstehende Persönlichkeit sich in sie verliebt habe. Es kommt alsdann zu einem regelrechten Werben. Die Patientin macht Fensterpromenaden, schreibt glühende Liebesbriefe in der überschwänglichen Weise eines Backfisches und ist bereit, ihrem vermeintlichen Liebhaber und Geliebten jedes Opfer zu bringen. Gewöhnlich kommt es zum Eklat dadurch, daß die Patientinnen den Gegenstand ihrer Anbetung, der oft noch gar nichts von dieser Neigung weiß, aufsuchen. In einzelnen Fällen habe ich auch gesehen, daß der unfreiwillige männliche Teil des Verhältnisses so schwach war, daß er sich geschmeichelt fühlte und teilweise wenigstens den stürmischen Liebeserklärungen nachgab, so z. B. mit den Patientinnen reiste oder ihr Vermögen in Verwahrung nahm. Gewöhnlich schließt eine derartige Affäre, wenn der Geliebte bei Versuchen zur persönlichen Annäherung gänzlich abweisend ist, mit einem rasch vorübergehenden akuten Verwirrungszustand. Das hindert aber nicht, daß die Patientin bald wieder, von ihrer Krankheit getrieben, mit einer anderen Persönlichkeit dasselbe Spiel beginnt. In schweren Fällen kann sich auch ein nymphomanischer Zustand entwickeln.

Die dritte, seltenere Varietät ist dadurch ausgezeichnet, daß das manchen Hysterischen innewohnende krankhafte Bedürfnis, sich in der öffentlichen Wohltätigkeit hervorzutun, sich außergewöhnlich steigert und ins absolut krankhafte verzerrt wird (Hysterie philantropique Charcot). Außer der Sucht, in der Oeffentlichkeit hervorzutreten, durch großartige Wohltätigkeitsunternehmungen zu glänzen, gibt es kaum noch eine Triebfeder, welche die Kranke bewegt, alles vollzieht sich unter diesem Gesichtspunkt, wer nicht mitmacht, sich entgegenstellt, wird mit krankhaft fanatischem Hasse verfolgt; um die Wohltätigkeitsunternehmung zu fördern, wird zu den kurzsichtigsten Mitteln gegriffen und schließlich auch vor Wechselfälschungen und Unterschlagungen zu dem gedachten Zweck nicht zurückgeschreckt.

Bei allen diesen komplizierenden psychischen Störungen auf dem Boden der Hysterie muß man mit der Möglichkeit einer mehr oder minder plötzlichen weitgehenden Besserung oder Genesung rechnen. Man sieht das besonders, wenn ein plötzliches stark reizumstimmendes Ereignis einsetzt, z. B. bei Versetzung in eine andere Umgebung, namentlich in eine andere Anstalt, bei dem Tode eines nahen Angehörigen oder Unglücksfällen in der Familie, bei Ausbruch von Feuer usw.

Auch bei den Störungen der beiden nun zu besprechenden Gruppen können wir, wenn auch seltener, ähnliche Beobachtungen machen.

Die 2. Gruppe von psychischen Störungen bei Hysterie habe ich als Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung (Dämmerzustände) bezeichnet. Diese Störung der Bewußtseinstätigkeit kann mehr oder weniger ausgedehnt nach der einen oder anderen Richtung, kann mehr qualitativer oder quantitativer Natur sein. Charakteristisch für alle diese Zustände ist in der Regel das

plötzliche Einsetzen, nicht selten geht der normale Zustand unvermittelt in den pathologischen über. In leichteren Fällen merken die Kranken geradezu, wenn der krankhafte Zustand einsetzt. Sie fühlen, wenn ich so sagen darf, die Umschaltung ihrer Bewußtseinstätigkeit.

Die Dämmerzustände finden sich, wenn auch selten, während der psychischen Prodrome, welche einen Anfall einleiten können. Dabei können automatische Handlungen — auch krimineller Art — begangen werden (Fürstner). Auch im Anschluß an einen Anfall treten Dämmerzustände auf. Man kann diese Zustände auch als protrahierte Attitudes passionelles auffassen (Jolly). Aber auch statt eines Anfalls, d. h. ohne erkennbaren Zusammenhang mit einem Anfall, können Dämmerzustände auftreten, Aequivalente (Fürstner). In diesen Zuständen fällt neben der mehr oder weniger deutlich hervortretenden Bewußtseinstrübung besonders die große Verwirrtheit und häufig ein geradezu kindisches Gebaren auf. Man ist erstaunt, wenn man in einem Augenblick mit einem Patienten noch eine regelrechte Unterhaltung bei völliger Lucidität geführt hat, denselben Patienten im nächsten Augenblick schwer verwirrt in so läppischen Reden zu erblicken, daß man an Simulation zu denken geneigt ist (Ganser). Die Kranken sind gelegentlich nicht imstande, weiß von schwarz zu unterscheiden, sie können nicht bis auf 10 zählen, sie reimen und alliterieren wie völlig inkohärente einfach verwirrte Kranke und wechseln auch hier, dem Charakter der Hysterie entsprechend, häufig plötzlich mit dem krankhaften Bild, das sie bieten. Verwirrt und halluzinierend in einem Moment, wechselnd auch in der Art der halluzinatorisch-traumhaften Szenen, die ihnen bei ihrer eingeengten Bewußtseinstätigkeit vorschweben, erscheinen sie im nächsten Moment stuporös-ekstatisch. Die Dauer derartiger Zustände kann sehr verschieden sein, Stunden, Tage und Wochen. Für die Diagnose ist wichtig, daß solche Dämmerzustände abwechseln mit Zuständen völliger Klarheit und daß sich bei genauerer körperlicher Untersuchung stets einige oder mehrere körperliche Stigmata der Hysterie nachweisen lassen (Ganser).

In den meisten Fällen besteht eine dem Grade und der Art nach sehr verschiedene Amnesie für diese Zustände. Man weiß allerdings nicht, ob die Angaben immer richtig sind, welche uns die Hysterischen machen (Siemerling).

Die eigentümlichen sprachlichen Reaktionen beherrschen oft das ganze Krankheitsbild während dieser pathologischen Zustände (Ganser, Westphal). Ich habe den Eindruck, daß, je mehr man in solchen Fällen mit den Kranken experimentiert, um so mehr die krankhafte Erscheinung dieses Vorbeiredens (Westphal) hervortritt.

Die somnambulen Zustände stellen eine Varietät der Dämmerzustände in der Art dar, daß die Kranken äußerlich wenig verändert erscheinen, nur einsilbig und unzugänglich sind und durch ihren leeren, veränderten Blick namentlich dem, der von ihrem Zustande weiß, auffallen. Sie stehen in diesen Zuständen fast regelmäßig unter dem Einfluß traumhafter Vorstellungen, welche sie zu eigentümlichen und gefährlichen Handlungen veranlassen. Am häufigsten ist ein triebartiges Umherschweifen (Jolly). Sie können dabei gelegentlich aus ihrem Traumzustand erwachen oder nur partiell erwachen, so daß sie zwar wissen, wer sie sind, aber nicht, woher sie

sind. In einem Falle reiste ein derartiger Kranker von Australien nach Zürich (Naef).

Auch kriminelle Handlungen werden ausgeführt; eine von mir beobachtete Dame kam zu mir, weil sie wiederholt aus einer benachbarten Villa Gegenstände entwendet hatte, ohne zu wissen, wie sie dazu kam, und ohne daß eine Anzeige erstattet worden wäre. Sie wußte nur nicht, wie die Gegenstände zu ihr gekommen waren.

Das Charakteristische ist das Triebartige an der ganzen Handlungsweise. Bei mehrfachem Wechsel zwischen solchem und normalem Bewußtsein hat man auch von Doppelbewußtsein gesprochen (Jolly).

Auch die Schlafanfälle der Hysterischen, die lethargischen Zustände, können in der angegebenen Weise mit und ohne Zusammenhang mit einem hysterischen Anfall auftreten. Auch hier findet der Uebergang von dem wachenden in den schlafenden Zustand meist rasch und unvermittelt statt. Der Kopf verliert seine Haltung, der ganze Körper sinkt schlaff und kraftlos zusammen, die Kranken werden zu Bett gebracht, ohne daß sie erwachen. In anderen Fällen ist der Uebergang ein langsamer, indem die Kranken stundenlang dagegen ankämpfen, einzuschlafen. Die Tiefe der Bewußtseinsstörung ist verschieden, manchmal reagieren die Kranken noch auf stärkere Reize, so daß man ihnen Nahrung einflößen kann. Auch hat das Gesicht eine leicht rosige Färbung, so daß sie an gewöhnliche Schlafende erinnern, in anderen Fällen liegen sie tiefblaß mit kaum nachzuweisender Atmung und mit kaum erkennbarem Herzschlag da (hysterischer Scheintod). Die Dauer dieser Zustände kann Stunden, Tage, Wochen, Monate betragen (Jolly). Alle die verschiedenen Varietäten von Dämmerzuständen können passager oder auch habituell auftreten (Wollenberg).

Differentialdiagnostisch entstehen bei dieser Art von Seelenstörung nur selten Schwierigkeiten. Der Nachweis der hysterischen Grundlage ist in der Regel aus der Anamnese nicht schwer zu führen und wird weiter durch das Vorhandensein eines oder des anderen der hysterischen Stigmata gestützt, auch macht das eigentümlich Uebertriebene, oft Theatralische, das den auf der Basis der Hysterie entstandenen Seelenstörungen ein eigentümliches Gepräge gibt, oft schon von vornherein darauf aufmerksam, daß man es nicht mit einem ganz reinen Fall zu tun hat. Dabei kommt zur speziellen Diagnose auch häufig das Launenhafte, Sprunghafte im Krankheitsverlauf in Betracht.

Bei der dritten Gruppe handelt es sich um Paroxysmen von meist flüchtiger Dauer aber verschiedener Intensität, welche sich an Affekte und Angstzustände anschließen. Oft bestehen sie lediglich in einer hochgradigen transitorischen Verstimmung. In anderen Fällen sind es außerordentlich starke und häufig auch theatralisch vorgetragene Angstattacken, auch entschieden pathologische, rein auf dem Boden der Hysterie entstandene Wutanfälle kommen vor. (Furor hystericus (Raecke).)

Diese verschieden gefärbten Attacken sind häufig mit Bewußtseinsstörungen verbunden und lassen sich nicht immer von den oben beschriebenen Dämmerungszuständen trennen. Ja sie können gelegentlich Anfälle von länger dauernder transitorischer Bewußtseinsstörung einleiten. Es gibt aber Fälle von Hysterie, bei denen in buntem Wechsel bald hochgradige Angstattacken, bald weitgehende Verstimmungszustände, bald Wutanfälle, bald heiter ausgelassene

an maniakalische Attacken erinnernde Zufälle episodisch oder in dauerndem Wechsel das Krankheitsbild beherrschen. Kompliziert kann dieser eigentümliche Zustand auch noch dadurch werden, daß namentlich bei Nacht traumartige halluzinatorische Episoden hineinspielen (Raecke). Gefährlich ist gewöhnlich der Versuch, diese Halluzinationen der Hysterischen genauer zu studieren. Denn bei der mangelnden Reproduktionstreue und dem oft veränderten Bewußtseinszustand der Patienten sind ihre Angaben sehr cum grano salis zu nehmen. Während der mannigfachsten Variationen der hysterischen Seelenstörung, namentlich aber während der hysterischen Furcht- und Angstattacken kann es zu Selbstmordversuchen und Selbstverstümmelungen kommen.

Im allgemeinen sehen wir, daß auch geisteskranke Hysterische im Affekt häufig mit Selbstmord drohen und überhaupt gern, wenn mal eine vorübergehende Verstimmung besteht, in ihren Worten mit suicidialen Aeußerungen spielen. Von diesen Aeußerungen bis zur Tat ist meist noch ein weiter Weg. Schreiten aber die Hysterischen wirklich zur Ausführung eines Selbstmordversuches, so wissen sie es gewöhnlich bewußt oder unbewußt so einzurichten, daß jemand in der Nähe ist, der die Ausführung des Tentamen suicidii zur rechten Zeit verhindert. Allzusicher kann man sich aber auf diese klinische Erfahrung nicht verlassen, denn in seltenen Fällen kommt es vor, daß auch ein solcher Selbstmordversuch gegen alles Erwarten, vielleicht auch des Patienten selbst zu einem Exitus letalis führt.

Die Selbstverstümmlungen geschehen meist mehr oder minder beabsichtigt und bewußt zu dem Zwecke, Mitleid oder Aufsehen zu erregen. Die Kranken bringen sich Wunden und Verletzungen bei, verschlucken Nadeln, Geldstücke, Steine, kleine Federhalter und Messer oder sie stopfen sich die Vagina mit allen möglichen namentlich schwer zu entfernenden Gegenständen voll und verfehlen auch nicht durch die Harnröhre ähnliche Objekte in die Blase einzuführen, z. B. Nähnadelbüchsen, Streichhölzer u. dgl. Oft gehen sie dabei zum Zwecke der Täuschung so geschickt zu Wege, daß der Arzt lange Arbeit hat, um die endgültige Ursache der vorgefundenen Störung zu beseitigen. So habe ich längere Zeit eine Patientin behandelt, die immer wieder an multiplen Abszessen erkrankte, ohne daß ein Grund dafür zunächst erkennbar war. Beobachtung auf der Wachabteilung zeigte endlich, daß sie minimale Splitter aus dem Fußboden unter die Haut schob, um dieses Resultat zu erzielen. Sehr selten kommt es auch in den hysterischen Dämmerungszuständen zur Selbstverstümmlung. Eine Patientin von mir hatte in einem solchen Zustand sich sämtliche Nägel an Händen und Füßen abgerissen. Sie wußte nach dem Verschwinden der transitorischen Bewußtseinsstörung zunächst nichts davon und gab auch an, daß sie keinerlei Schmerz empfunden habe.

Hysterische Symptomenkomplexe können wir bei allen möglichen Psychosen finden. Am meisten Schwierigkeiten gibt es bei den Fällen beginnenden Jugendirreseins, bei denen ein stark hysterischer Einschlag sich geltend macht. Hier ist es oft bei einer einmaligen Untersuchung unmöglich, zu einer klaren Diagnose zu kommen. Erst eine längere Beobachtung erlaubt uns bestimmte Feststellungen, indem bei den Fällen, wo eine Dementia praecox entsteht, immer mehr die Symptome dieser Krankheit hervortreten und die hysterischen Erscheinungen zurücktreten lassen. Oft braucht man alllerdings lange Zeit. um zu einem ganz sicheren Resultat zu kommen. Auch die Fälle von Hysterie,

welche mit einem leichten angeborenen Schwachsinn oder mit starken degenerativen Momenten kompliziert sind, können oft diagnostische Schwierigkeiten machen und bieten vor allem eine viel ungünstigere Prognose.

Im allgemeinen ist die Prognose bei der Hysterie und der hysterischen Seelenstörung nicht ungünstig, wenn sich eine genügend lange Anstaltsbehandlung erreichen läßt. Allerdings muß man immer damit rechnen, daß bei Einwirkung äußerer Schädlichkeiten leicht wieder Rezidive kommen.

Die Behandlung der hysterischen Seelenstörung richtet sich nach den allgemeinen Regeln, die für die Behandlung Geisteskranker überhaupt maßgebend sind. Möglichste Ruhe, namentlich auch Ruhe vor sog. fortwährender psychischer Beeinflussung, Entfernung aus der gewohnten Umgebung, energische Liege- und Mastkuren, sodann eine streng geregelte tägliche Bewegung, Ruhe, Gymnastik und leichte Beschäftigung, auch ganz leichte hydro-therapeutische Maßnahmen sind am Platze. Wie bei der Hysterie überhaupt, so handelt es sich auch bei der hysterischen Seelenstörung in erster Linie darum, das Vertrauen der Kranken zu gewinnen und ihnen Achtung einzuflößen. Dabei ist ein ruhiges sicheres Vorgehen unbedingt vonnöten, ängstlich muß dabei vermieden werden, zu viel auf die einzelnen Beschwerden einzugehen. Je mehr man sich im Detail mit den Hysterischen beschäftigt, um so kränker werden sie in der Regel. Das gilt namentlich auch für die körperlichen Erscheinungen der Hysterie. Die Franzosen haben deshalb gerade vorgeschlagen, die Hysterischen nach Möglichkeit zu isolieren. In der Tat ist auch das beste Mittel, die hysterischen Anfälle zum Schwinden zu bringen, die sofortige Absonderung der Kranken, die solche Anfälle bekommen. In der Regel schon nach einigen Wochen gehen die Anfälle nach Zahl sehr zurück und schwinden schließlich ganz. Auch bei den psychisch abnormen Erscheinungen ist direkt verkehrt, sich auf lange Unterhaltungen einzulassen oder z. B. während der Dämmerzustände die Kranken langen Interrogatorien und Untersuchungen auszusetzen. Nur wenn man möglichst wenig aus der Sache macht, wird man die Aussicht haben, die abnormen Erscheinungen allmählich zum Schwinden zu bringen.

Viele Fälle von hysterischer Verrücktheit, die ganz verzweifelt aussehen, die unter sehr energischem Protest wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung die Anstalt betreten, werden wesentlich gebessert, ja geheilt, wenn nur der Anstaltaufenthalt lange genug dauert. Mit 6—8 Wochen ist dabei allerdings nichts zu erreichen, man muß je nach der Schwere des Falles mit einer Anstaltsbehandlung von 1—2 Jahren rechnen. Wenn aber eine Kranke eine solche Zeit, im Anfang kurz gehalten, später mit besonderem Wohlwollen behandelt und von allen Reizen der Außenwelt ferngehalten wird, dann sieht man es häufig, daß die Reizbarkeit, die zu Verfolgungsideen gesteigerte Idee der Beeinträchtigung allmählich mehr zurücktreten, ja ganz verschwinden, daß die Kranken, nicht nur in der Absicht, entlassen zu werden, sondern aus innerster Ueberzeugung heraus den früher verdammten Anstaltsaufenthalt loben und als das einzige Richtige hinstellen und oft für immer, meist aber für längere Zeit ihrer Familie das sind, was sie sein können und müssen. Natürlich ist dabei notwendig, daß man von Anfang an trotz großer Strenge eine Behandlung nicht versäumt. Die Hysterischen sind dafür immer empfänglich. Die Indikation für die einzuschlagende Behandlung ist

eine rein symptomatische. Bei Bleichsucht und starker Abmagerung ist es eine entsprechende Medikation und roborierende Diät, bei quälenden hysterischen Schmerzen Galvanisation und Darreichung schmerzstillender Mittel, die in der Regel nur aus gänzlich indifferenten Stoffen zu bestehen brauchen. Bei Genitalleiden zieht man am besten einen erfahrenen Gynäkologen zu, der auch die Behandlung übernimmt und bei rein psychisch bedingten Genitalleiden bestimmt erklärt, daß nichts vorliegt. Von einzelnen Autoren sind Erfolge mit einer hypnotischen Behandlung erzielt worden. Ich will mich auf eine Kritik dieser Behandlungsmethode nicht einlassen, sondern nur hervorheben, daß ich seit länger als einem Jahrzehnt die hypnotische Therapie aufgegeben habe, ohne daß meine Erfolge in der Behandlung Hysterischer schlechter geworden wären.

Bei den hysterischen Dyspepsien erreicht man auch am besten Erfolge, wenn man die Kranken allein legt, zunächst mit einer Milchdiät beginnt und allmählich, indem man häufige Mahlzeiten nehmen läßt, zu konsistenteren Nahrungsmitteln übergeht; ein sanfter Zwang bei der Darreichung der Nahrung in der Art, daß die Nahrung Bissen für Bissen gereicht wird, kann manchmal im Anfang nicht schaden. Gelegentlich kann man die Behandlung auch durch eine leichte Kissingerkur, bei hartnäckiger Obstipation durch Oeleinläufe (Ebstein) unterstützen.

Von einer pathologischen Anatomie der Hysterie oder der hysterischen Seelenstörung können wir nicht sprechen. Die bisher erhobenen Befunde sind alle mehr akzidenteller Natur, so daß wir nicht genauer darauf einzugehen brauchen.[1])

Literatur.

Alt, Zur Behandlung der Hysterie. Münch. med. Wochenschr. 1892.
Binswanger, Hysterie. aus Nothnagels spez. Pathologie u. Therapie, XII, Wien, bei Hölder, 1904.
Bödeker, Seltene Formen von Sprachstörungen bei Hysterischen. Charitéannalen XV, Berlin 1890.
Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten, I, 5/6, 1897.
Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux. Deutsch von Freud, 1874. Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von Freud, 1886.
Derselbe, L'isolement dans la traitément de l'hysterie. Progrès médical 1885.
Cramer, A., Die Nervosität. Jena, bei G. Fischer. (Vgl. Kapitel Hysterie.)
Engelhardt, Ueber den Pharynxreflex bei Normalen und Gesunden. Dissertation, Bonn 1893.
Freud, Ueber hysterische Lähmungen. Wiener med. Presse 1893.
Fürstner, Ueber die hysterischen Geistesstörungen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien. Deutsche Klinik, Bd. VI, 28, 155.
Derselbe, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych., Bd. XXXI, H. 3.
Ganser, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych., Bd. XXX.
Hitzig, Schlafattacken und hypnotische Suggestion. Berl. klin. Wochenhchr. 1892.
Derselbe, Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. 1897.
Jolly, Hysterie. Handbuch von Ebstein u. Schwalbe, 1900.
Karplus, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Wien. klin. Wochenschr. 1896.
Naef, Max, Ein Fall von temporärer teilweise retrograder Amnesie. Dissertation, Zürich 1894. Abgedruckt in der Zeitschrift für Hypnotismus, Heft 6, 1897.
Raecke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. V, 1902.
Derselbe, Hysterische Schlafsucht. Berlin. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 51.

[1]) Die genauen Details über die forensische Bedeutung der Hysterie finden sich in meiner gerichtlichen Psychiatrie, 4. Auflage, Jena 1908.

Derselbe, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 40, H. 1, S. 171.
Raimann, E., Die hysterischen Geisteskrankheiten. Eine klinische Studie. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 1904.
Siemerling, Ueber einen mit Gefühlsstörung komplizierten Fall von schwerer Hysterie mit kongenitalen Anomalien des zentralen Nervensystems. Charitéannalen, Bd. XV.
Derselbe, Vorstellung eines Falles von schwerer hysterischer Psychose mit Selbstbeschädigungstrieb. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, S. 211.
Stegemann, Ein ungewöhnlicher Fall eines hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX, S. 777.
Tuczeck, Zur Lehre von der Hysterie der Kinder. Berlin. klin. Wochenschr. 1886.
Westphal, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Berlin. klin. Wochenschr. 1898.
Derselbe, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Centralbl. 1903.
Ziehen, Die Hysterie. Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts; bei Urban und Schwarzenberg. Wien 1906.

Die epileptische Seelenstörung.

Eine epileptische Seelenstörung dürfen wir nur diagnostizieren, wenn wir eine epileptische Grundlage nachgewiesen haben. Eine epileptische Grundlage ist mit dem Nachweis der epileptischen Krampfanfälle oder mit dem Nachweis epileptoider Zeichen gegeben.

Das einmalige Auftreten von Krämpfen erlaubt noch nicht die Diagnose Epilepsie zu stellen, das kann bei den mannigfachsten anderen Krankheiten auch vorkommen (Affektepileptische Anfälle bei Degeneration nach Birnbaum); wichtig ist die öftere, meist in unregelmäßigen Intervallen auftretende Wiederkehr der Zufälle (Jolly).

Von jeher hat man unterschieden zwischen einer genuinen oder idiopathischen, einer symptomatischen und einer Reflexepilepsie, während man vereinzelt bleibende, auf kurze Zeit in eine Gruppe zusammengedrängte epileptische Anfälle als akute Epilepsie oder Eklampsie bezeichnet.

Die neuen Forschungen namentlich der Pädiater erlauben uns heute eine große Gruppe von krampfartigen Erscheinungen des Kindesalters, die spasmophilen Zustände, von der Epilepsie abzutrennen. Die spasmophile Diathese wird diagnostiziert durch den Nachweis der charakteristischen Phänomene (Erbsches, Chovsteksches und Trousseausches Phänomen) und die begleitenden Ernährungsstörungen. Es ist also der spasmophile Zustand sofort erkennbar (Thiemich, Escherich, Hochsinger, Finkelstein und andere). Auch ist durch Nachuntersuchung spasmophil gewesener Kinder erwiesen, daß dieser Zustand nur sehr selten in Epilepsie hinüberführt.

Unter idiopathischer oder genuiner Epilepsie werden alle die Fälle verstanden, bei denen eine eigentliche Ursache für die Krämpfe sich nicht nachweisen läßt. Von symptomatischer Epilepsie spricht man, wenn gröbere Hirnerkrankungen, Tumoren, Abszesse, Hydrocephalus internus, Verletzungen usw., zur Epilepsie, wie man annimmt, Veranlassung geben. Dabei ist zu bemerken, daß mit dem

Fortschreiten unserer pathologisch-anatomischen Diagnostik die Zahl der Fälle von idiopathischer Epilepsie immer kleiner wird (JOLLY).

Ich möchte bei dieser Gelegenheit aber ausdrücklich hervorheben, daß nach meiner Ueberzeugung sich nicht alle Fälle von genuiner oder idiopathischer Epilepsie in eine symptomatische auflösen werden, sondern daß, wie ich gleich erörtern will, sicher auch Fälle von Epilepsie und wahrscheinlich in nicht geringer Anzahl vorkommen, bei denen ein allgemeines, diffus verbreitetes, von Haus aus progressives Hirnleiden zugrunde liegt.

Die Reflexepilepsie wird dann diagnostiziert, wenn ein im peripherischen Nervensystem einwirkender, durch irgendeinen krankhaften Vorgang entstehender Reiz einen habituellen Zustand von Epilepsie herbeiführt.

In der Pathogenese der Epilepsie ist noch vieles strittig und unklar. Wir haben kurz die landläufige Einteilung der Epilepsie skizziert und gesehen, daß wir in der Gruppe der genuinen Epilepsie alle die Fälle zusammenfassen, wo es uns nicht gelingt, eine greifbare Ursache auszufinden; betrachten wir die krankhaften Veränderungen, welche der symptomatischen und der Reflexepilepsie zugrunde liegen, so sehen wir, daß ganz dieselben Veränderungen auch ohne Epilepsie vorkommen. Wir sehen ferner, daß nach akutem und chronischem Alkoholgenuß, bei chronischer Bleivergiftung und infolge anderer chronischer Vergiftungen Epilepsie auftreten kann (Absinth, Antipyrin usw.), ja man spricht neuerdings immer deutlicher davon, daß Autointoxikationen epileptische Anfälle herbeiführen können (toxämische Epilepsie, BINSWANGER). Lange bekannt sind ja die urämischen Anfälle. Einen Teil der Fälle von Epilepsie, namentlich die sogenannte Spätepilepsie, führt man auf cardiovasale Veränderungen zurück und bezeichnet sie auch direkt als die Gruppe der cardiovasalen Epilepsie. Der strikte Beweis, daß diese krankhaften Zustände allein die Epilepsie herbeiführen, ist aber nicht zu erbringen, denn noch lange nicht jeder, der an derartigen krankhaften Veränderungen leidet, wird epileptisch oder zeigt auch nur epileptoide Erscheinungen. Wir müssen deshalb immer noch annehmen, daß in Fällen, wo wir im Anschluß an die verschiedenartigen Krankheitszustände Epilepsie auftreten sehen, ein uns seiner Natur nach noch völlig unbekannter Zustand des Gehirns vorhanden ist, die epileptische Veränderung (NOTHNAGEL, BINSWANGER, JOLLY). Diese epileptische Veränderung besteht also in der eigentümlichen Veranlagung des Gehirns, bei Einwirkung der genannten Schädlichkeiten mit epileptischen Krämpfen zu reagieren.

Vielleicht beruht in einem Teil der Fälle, namentlich in den bei jugendlichen Individuen auftretenden, diese epileptische Veränderung in einer eigentümlichen progressiven Gehirnerkrankung mit Neigung zur Gliawucherung (WEBER).

Bei der Wichtigkeit für die Therapie möchte ich noch besonders betonen, daß man sicher in einzelnen Fällen berechtigt ist, von einer Darmepilepsie (ALT) und auch, wie erwähnt, von einer kardiovasalen Epilepsie zu sprechen. A priori ist auch gar nicht einzusehen, weshalb nicht der durch eine große innere Flächenentfaltung ebenso wie das kardiovasale System ausgezeichnete Magendarmtraktus irgendeinen Reizpunkt haben soll, der bei vorhandener epileptischer Veränderung die Krämpfe auslösen könnte. Es sprechen sogar manche

klinische Erscheinungen, z. B. Krämpfe bei den Verdauungsstörungen der Kinder, Krämpfe nach starken Affekten, direkt dafür.

Was die speziellen Teile des Gehirns betrifft, in denen der epileptische Anfall ausgelöst wird, so ist hierfür volle Klarheit noch nicht vorhanden. Am wahrscheinlichsten ist es, daß die tonischen Krampfzustände in subcortikalen Teilen des Gehirns (an der Basis) ihre Auslösung finden (Binswanger, Ziehen), während die klonischen Zuckungen, namentlich bei halbseitigem Auftreten, wohl zweifellos auf die Hirnrinde bezogen werden können. Gerade die Tatsache, daß jede echte Aeußerung der Epilepsie mit einer Bewußtseinsstörung verbunden ist, sowie der Umstand, daß sich gerade im Initialstadium oder in den Prodromen des epileptischen Anfalls, kurz gesagt, in der Aura, die verschiedenartigsten Veränderungen des Bewußtseins finden, spricht dafür, daß der epileptische Anfall in seinen verschiedenen Phasen von der Hirnrinde seinen Ausgangspunkt nimmt und daß erst später die subcortikalen Zentren beteiligt werden (Binswanger).

In der Aetiologie der Epilepsie spielen hereditäre Verhältnisse eine große Rolle. Einmal kommt in Betracht eine allgemeine nervöse Heredität; so finden wir Epilepsie häufig in den entartenden Geschlechtern, weiter sehen wir, daß Epilepsie der Eltern sich bei einzelnen der Kinder wieder findet, und schließlich sehen wir in der Aszendenz von Epileptikern Alkoholismus und Syphilis. Binswanger weist besonders auf die Epilepsie bei hereditärer Syphilis hin. Wenn diese Fälle auch nicht gerade häufig sind, so sieht man doch immer wieder Epileptiker, wo dieser ursächliche Zusammenhang besonders deutlich hervortritt. In den neuen mit der Wassermannschen Serumreaktion vorgenommenen Untersuchungen schwanken die Angaben zwischen 5 und 12 %.

Häufig finden wir in der Anamnese der Epileptiker die Angabe, daß Zahnkrämpfe bestanden haben; wir dürfen in diesen Fällen annehmen, daß bereits diese Zahnkrämpfe durch die Erkrankung des Gehirns oder seiner Häute veranlaßt waren, welche später zum Auftreten der Epilepsie Veranlassung gegeben hat. (Basilare Meningitiden, fötale Encephalitiden, Hirnabszesse, Zysten, Sklerosen des Gehirns usw.) Daß die Krämpfe auf Grund einer spasmophilen Diathese hier nicht in Betracht kommen, habe ich weiter oben schon ausgeführt.

Unter den akzidentellen Ursachen, welche das tägliche Leben mit sich bringt, sind die wichtigsten das Trauma und die chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, Absinth, in selteneren Fällen das Blei [Saturnismus] und andere Gifte).

Je nach dem Grade der Disposition des Gehirns zur Epilepsie kann ein leichteres oder schwereres Trauma die Krankheit auslösen. In seltenen Fällen kann eine durch das Trauma herbeigeführte Schädelverletzung durch direkte Reizung das Gehirn schädigen (Splitter der Tabula vitrea). Aber auch hier muß betont werden, daß solche Fälle vorkommen können, ohne daß Epilepsie auftritt.

Wie sehr der Alkohol disponierend für das Zustandekommen der epileptischen Krämpfe wirken kann, sieht man daraus, daß in nicht wenigen Fällen, ja sogar bei ausgesprochenen Hirnherden (Jolly) die strenge Durchführung der Abstinenz die Anfälle zum Schwinden bringen kann.

Auch nach Infektionskrankheiten, nach Scharlach, Blattern, Keuchhusten kann gelegentlich Epilepsie auftreten. Bei im späteren Lebensalter einsetzender Epilepsie (Spätepilepsie) kommt

entschieden auch der Arteriosklerose oder der Syphilis eine ätiologische Bedeutung (zu BINSWANGER).

Der Beginn der Epilepsie kann schon in die erste Kindheit fallen, am häufigsten beginnt die Krankheit in der Pubertät. Bei Mädchen schließt sich der erste Anfall häufig an das Auftreten der Menstruation an. Fälle, die nach dem 21. Jahre beginnen, sind seltener. Die Fälle von sogenannter Spätepilepsie entwickeln sich erst im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt und hängen meist mit arteriosklerotischen, syphilitischen oder metasyphilitischen Veränderungen zusammen.

Der epileptische Anfall kann sehr verschiedenartig in seinem Auftreten sein. Je nach dem Grade der Entwicklung unterscheidet man den großen (haut mal) und den kleinen (petit mal) Anfall.

Dem typischen großen epileptischen Anfalle gehen häufig entferntere Vorboten (BINSWANGER) voraus: Veränderte Stimmung, Reizbarkeit, Widerspruchsgeist, Spannungsempfindungen, Druckgefühl in Brust und Kopf, Angstgefühle, unruhiger Schlaf, schreckhafte Traumbilder, Kopfdruck, Eingenommensein des Kopfes, Herzklopfen, Tachycardie, Ueberempfindbarkeit gegen Sinneseindrücke usw.

Der Anfall kann eingeleitet werden durch eine Aura, welche ein Initialsymptom (BINSWANGER) des Anfalls darstellt. Die Aura kann 1. psychisch sein und in affektiven (blitzartig auftretende Angst, seltener heitere Affekte) und in intellektuellen Störungen bestehen (plötzliche Unfähigkeit zu geistiger Tätigkeit, jäh aufschießende Gedankenflucht, Verwirrung, Zwangsvorstellungen und ähnliches). In 2. Linie kommt in Betracht die sensorielle Aura (Funkensehen, Flimmerskotom, Halluzinationen, Abrücken der Gegenstände in der Außenwelt in weitere Entfernung, Gehörsstörungen, eigentümliche Geschmacksempfindungen). Die 3. Art der Aura ist die sensible (Empfindung eines kühlen Hauches, allerlei Parästhesien der Haut, eigentümliche viscerale Empfindungen, Aufsteigen aus dem Magen, Uebelkeit, Brechreiz). 4. Die motorische Aura kommt in klinischen tonischen Krampferscheinungen und in bestimmten lokomotorischen sowie in koordinierten automatischen Bewegungen zum Ausdruck. In einzelnen Fällen sehen die Kranken einige Zeit diesen unwillkürlichen Bewegungen ihrer Extremitäten zu und suchen sie zu hemmen, in der Hoffnung den Anfall zu kupieren. 5. Die vasomotorische Aura äußert sich in allgemeinen oder mehr lokalen Gefäßkrämpfen (Gefühl von Kälte, Absterben, Steigerung der Schweiß-, Speichel- und Tränensekretion etc.).

Nach kurzer oder längerer Dauer der Aura, aber auch ohne solche stürzt der Patient unter Ausstoßung eines lauten durchdringenden Schreies wie vom Blitz getroffen bewußtlos zusammen. Von dem Schrei weiß der Patient in der Regel nichts mehr. Das Zusammenstürzen ereignet sich in typischen Fällen so plötzlich, daß der Kranke keine Zeit hat, sich zu schützen; er fällt gegen den glühenden Ofen, auf Eisenbahnschienen, auf spitze Steine, von der Treppe herab, kurz, wo er geht und steht. Wir finden dementsprechend wenige ältere Epileptiker, die nicht allerlei Narben als Folgen dieses plötzlichen Zusammenstürzens aufweisen. Der Schrei, das plötzliche Zusammenstürzen sind der erste Akt des Anfalles. Der zweite Akt besteht darin, daß Streckkrämpfe auftreten, welche eine sehr verschieden weite Ausdehnung nehmen können. Häufig ist ein opistothonischer, rückwärtsbeugender Streckkrampf vorhanden; in anderen Fällen kommt es zu Biegungen nach der Seite; auch die Extremi-

täten zeigen tonische Krämpfe. Dabei ist das Gesicht des Kranken zunächst blaß, später erscheint es mehr livid, bläulich verfärbt; die Augen sind nach oben oder nach der Seite gewandt, meist nach der Seite, nach welcher der Kopf hingedreht ist (konjugierte Abweichung, Déviation conjugée). Immer wenden sich beide Augen nach derselben Seite. Die Pupillen sind gewöhnlich im Anfange (im Tonus) eng und starr, später werden sie weiter und sind entweder starr oder reagieren träge. In seltenen Fällen können sie auch transitorisch während des Anfalls gut reagieren (Binswanger). Die Atmung erscheint sistiert. Lange ($^1/_4$ bis $^1/_2$ Minute) hält der tonische Spannungszustand, der häufig infolge der Sistierung der Atmung zu einer Cyanose des Gesichts führt, nicht an; es folgt jetzt das dritte Stadium, das Stadium der klonischen Krämpfe. Diese Krämpfe können fast sämtliche Muskeln befallen und dehnen sich in der Regel auch auf die Atmungsmuskulatur aus. In den Extremitäten kommen dieselben als schlagende, stoßende, drehende Bewegungen zum Ausdruck. Während dieses Stadiums ist die Gesichtsfarbe wechselnd, rot, blaß oder cyanotisch; niemals aber nimmt sie die Röte an, welche eine derartige Kraftleistung, wie sie die klonischen Krämpfe erfordern, beim gesunden Menschen hervorruft. Während das Stadium der tonischen Krämpfe nur wenige, bis höchstens 30 Sekunden dauert, kann sich das Stadium des klonischen Krampfes über mehrere Minuten und länger erstrecken. Auch die Kopf- und Augenmuskeln beteiligen sich an dem Klonus, und wieder werden meist Kopf und Augen nach der gleichen Richtung hin bewegt. Die klonischen Krämpfe können in ihrer Intensität vorübergehend nachlassen, um dann um so heftiger wiederzukehren; sie verschwinden allmählich oder plötzlich. Da auch die Kau- und Zungenmuskulatur dabei beteiligt ist, kommt es häufig zu Zungenbissen; natürlich kann es zu Zungenbissen auch schon während des Hinstürzens kommen; ja das Abbrechen von Zähnen ist beobachtet. Infolge der Zungenbisse ist der während dieses Stadiums vor dem Munde sich zeigende schaumige Speichel blutig gefärbt.

Das vierte Stadium, welches sich an die klonischen Zuckungen anschließt, besteht in einem eigentümlichen stertorösen (schnarchenden) Atmen. Der Kranke liegt blaß, cyanotisch, regungslos, schnarchend inspirierend, wie während der übrigen Stadien vollständig analgetisch (unempfindlich für Schmerzen, z. B. werden Stiche in die Nasenscheidewand nicht empfunden) und bewußtlos da; allmählich geht dieses vierte Stadium in das fünfte, in das Stadium des terminalen Schlafes über. Dieser Schlaf, in typischen Fällen sicher noch ein Teil des Anfalles, ist so tief, daß ein Erwecken des Kranken in der ersten halben Stunde kaum möglich ist; wird es dennoch durchgeführt, so erscheint der Kranke verwirrt und benommen (Hermann). Die Reflexerregbarkeit ist während des Anfalles erloschen; man kann z. B. die Augenbindehaut berühren, ohne daß ein Lidschluß erfolgt. Das Kniephänomen ist während des Anfalles schwer zu prüfen; im Stadium des terminalen Schlafes und nach dem Anfalle fehlt es, oder es erscheint gesteigert. Während des Anfalles kommt es in der Regel zu einer leichten Temperatursteigerung, höhere Temperaturen werden selten beobachtet und meist nur nach sehr lange dauernden schweren Anfällen. Ueber das Verhalten des Pulses während des Anfalles sind die Angaben noch schwankend (vgl. Binswanger). Fast in der Hälfte aller Fälle ist nach dem Anfalle Albuminurie vorhanden, Zucker nur ausnahmsweise (Ebstein).

Nach Piron besteht vor und während der Anfälle Hypotoxität, nach den Anfällen Hypertoxität des Urins. Im allgemeinen steht aber die Frage nach der Toxizität des Epileptikerurins, welche vielfach nachgeprüft ist, so, daß sie verneint werden muß. Urin wird in der Regel, Kot nicht selten während des Anfalls unwillkürlich entleert. Nach dem Anfalle, von dem die Kranken in der Regel nichts wissen, sind die Patienten matt und abgeschlagen und lassen in seltenen Fällen auch einzelne Ausfallerscheinungen erkennen (Erschöpfungslähmungen). Auch beobachtet man gelegentlich Gefäßzerreißungen in der Haut und der Conjunctiva.

Die Anfälle sind aber durchaus nicht immer voll ausgebildet vorhanden. Es fehlt bald das eine, bald das andere Stadium, oder die einzelnen Stadien nehmen einen etwas anderen Verlauf, oder die Bewußtlosigkeit erstreckt sich nicht über sämtliche Stadien. Es gibt epileptische Anfälle, welche lediglich in einem plötzlichen Zusammenstürzen bestehen; andere, bei denen der Anfall mit klonischen Zuckungen in einzelnen Muskelpartien beginnt und ein mehr allmähliches Zusammenbrechen erfolgt; andere, bei denen nur ein kurzer tonischer Streckkrampf entsteht; andere, bei denen der ganze Anfall durch einen lauten brüllenden Aufschrei markiert ist; andere, bei denen der Kranke plötzlich ein paar Schritte vorwärts rennt und dann erst zusammenbricht (Epilepsia procursiva); andere, bei denen der Kranke im Kreise herumläuft u. dgl. m. Die Varietäten sind unendlich und es kann bei einem und demselben Individuum bald ein wohlausgebildeter Anfall, bald ein Rudiment eines solchen vorhanden sein. Immer aber besteht auch während dieser rudimentären Anfälle ein länger oder kürzer anhaltender Zustand von verändertem Bewußtsein, der sich meist bis zur vollen Bewußtlosigkeit mit nachfolgender Amnesie steigert. Ich sage ausdrücklich ein Zustand von verändertem Bewußtsein. Denn man hat bereits seit längerer Zeit gelernt, daß bei dem epileptischen Insult nicht immer eine totale Bewußtlosigkeit mit totaler Amnesie vorhanden sein muß. Es ist also nicht auf die Bewußtlosigkeit, wie man früher annahm, sondern auf den veränderten Bewußtseinszustand der Hauptnachdruck zu legen (Siemerling). Die Dauer der Bewußtlosigkeit ist verschieden. Sie kann, wie beim typischen Anfalle, sämtliche Stadien überdauern; sie kann für einzelne Stadien nur partiell und nur ganz vorübergehend total sein. Wichtig ist, zu wissen, daß durchaus nicht immer die totale Bewußtlosigkeit sofort eintritt und sofort wieder in den Zustand des vollen Bewußtseins übergeht, sondern häufig allmählich, so daß eine partielle Bewußtseinsstörung während eines Teiles des Anfalles bestehen kann. Es können also während eines Anfalles alle Grade einer leichten Bewußtseinseinengung bis zur vollen Bewußtseinsausschaltung bestehen.

Die Zahl der Anfälle ist äußerst variabel. Wir beobachten Epileptiker, welche täglich mehrere Anfälle erleiden, und solche, bei denen nur alle paar Jahre ein Anfall auftritt. Gelegentlich kann es bei jedem Fall von Epilepsie vorkommen, daß stunden- und tagelang Anfall an Anfall sich reiht: Status epilepticus. Ein solcher „Daueranfall" tritt besonders nach Alkoholexzessen, aber auch nach geschlechtlichen Ausschweifungen, namentlich wenn gleichzeitig Magendarmstörungen und Obstipation vorhanden ist, auf (Alt). Im allgemeinen zeigt die Epilepsie, welche von vornherein durch Herderkrankungen kompliziert ist, mehr Neigung zum Status epilepticus.

Außer dem ausgesprochenen epileptischen Anfalle gibt es nun

noch sog. epileptoide Zeichen, welche uns gestatten, bei einer vorhandenen Seelenstörung eine epileptische Grundlage anzunehmen. Ich habe bereits erwähnt, daß häufig die epileptischen Anfälle nicht in der typischen Weise, sondern mehr rudimentär auftreten. Auch ein Teil dieser rudimentären Anfälle kann zu den epileptoiden Zeichen gerechnet werden.

Die leichteste, aber darum diagnostisch nicht minder wichtige Art des epileptischen Anfalles ist das sog. Petit mal. Es tritt statt eines ausgebildeten Anfalles nur eine mehr oder minder rasch vorübergehende Bewußtlosigkeit auf. Der Kranke wird dabei leichenblaß, in den meisten Fällen treten leichte Zuckungen auf oder Kontraktionen in einzelnen Muskeln des Gesichts und der Extremitäten. Zu einem Hinstürzen kommt es dabei in der Regel nicht, weil die Störung zu rasch wieder vorübergeht.

Die leichtesten Grade dieses Petit mal bilden den Uebergang zu einem der am häufigsten beobachteten epileptoiden Symptome, dem sog. epileptischen Schwindel. Man versteht darunter die Erscheinung, daß ein Individuum ohne erkennbare Ursache von Zeit zu Zeit von plötzlich auftretenden und verhältnismäßig rasch vorübergehenden Schwindelanfällen heimgesucht wird. Häufig ist der Schwindel mit einem Blaßwerden des Individuums und dem Auftreten eines kalten Schweißes namentlich im Gesicht verbunden. Er unterscheidet sich vom Petit mal dadurch, daß dem Kranken sein Zustand meist mehr oder minder bewußt ist, und daß die Kontraktionen in der Gesichtsmuskulatur wie motorische Entladungen überhaupt fehlen. Neben solchen Schwindelanfällen, welche mit einfacher Blässe des Gesichts, dem Gefühle, umzusinken, dem plötzlichen Festhalten an der Wand oder an irgend einem in der Nähe befindlichen Gegenstand einhergehen, finden sich auch länger anhaltende Anfälle mit Herzklopfen, Pulssteigerung resp. -verlangsamung, Rötung des Gesichts, Erweiterung der Pupillen, sehr lebhaftem Schwindelgefühl und heftigen Kopfschmerzen. Ja, manchmal gesellt sich auch dazu ein Schweißausbruch. Auch wird beobachtet, daß die Kranken plötzlich, ohne das Bewußtsein zu verlieren, für einen Moment die Herrschaft über die Glieder einbüßen (Jolly).

Weitere epileptoide Symptome sind das nächtliche Aufschrecken (Pavor nocturnus), ab und zu Bettnässen oder auch die Erscheinung, daß der Urin vor das Bett oder in einem Winkel der Stube entleert wird, unmotivierte Angstanfälle u. dgl. Ferner gehört hierher die Beobachtung, die man namentlich in den Fällen von Epilepsie macht, wo die Krankheit dem Träger nicht bewußt ist (larvierte Epilepsie), daß sich am Morgen auf dem Kopfkissen ein feuchter Fleck findet, der gelegentlich auch einen roten Saum haben kann. Schließlich sei noch bemerkt, daß bei einem und demselben Individuum sowohl ausgesprochene Krampfanfälle als auch epileptoide Symptome auftreten können.

Haben wir bei einem Menschen ausgesprochene epileptische Anfälle oder mehrere der epileptoiden Zeichen festgestellt, so können wir sagen, wir haben einen Epileptiker vor uns.

Bei keinem Epileptiker ist die Gefahr ausgeschlossen, daß er nicht einmal plötzlich geisteskrank wird. Immerhin sehen wir aber zahlreiche Epileptiker, welche seltene Anfälle, einen oder höchstens ein paar im Jahre, haben und mit großem Erfolg in ihrem Berufe tätig sind. Ja es wird behauptet, daß einzelne hervorragende Männer aus der Geschichte Epileptiker waren (z. B. Julius Cäsar). Auch wenn die

Anfälle häufiger sind, kann es oft Jahre und Jahrzehnte dauern, bis ausgesprochene psychische Veränderungen oder länger dauernde Hemmungszustände sich einstellen. Wir müssen deshalb unterscheiden zwischen Epileptikern mit ausgesprochenen psychischen Störungen und solchen Epileptikern, bei denen eine markante Geistesstörung nicht nachweisbar ist. (Nicht geisteskranke Epileptiker.) Aber auch bei dieser letzteren Gruppe müssen wir stets mit einer mehr oder weniger ausgeprägten psychischen Labilität rechnen. (Leichte Reizbarkeit, Neigung zu unmotivierten Verstimmungen, Intoleranz gegen Alkohol usw.)

An und für sich bietet auch der Umstand, daß die Anfälle sehr selten auftreten, durchaus noch keine Gewähr für den Ausschluß der psychischen Veränderung. In einem Falle, bei dem die Krampfanfälle nur alle 2 bis 3 Jahre auftraten, sah ich plötzlich einen furibunden Dämmerzustand mit einem Mordversuch sich einstellen.

Wie auf dem Boden der Hysterie, so können auch auf der Basis der Epilepsie die verschiedensten Arten von psychischen Störungen sich entwickeln.

Wir beobachten:

1. eine fortschreitende degenerative Veränderung des Charakters und der geistigen Individualität;
2. anfallsweise auftretende Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung (Dämmerzustände);
3. die verschiedenartigsten, die Epilepsie komplizierenden Psychosen.

Alle drei Gruppen können in der mannigfachsten Weise kombiniert vorkommen.

Ein Epileptiker mit ausgeprägter Charakterveränderung kann Dämmerzustände, aber daneben auch eine komplizierende Psychose bekommen oder im Verlauf der komplizierenden Psychose können sich Dämmerzustände einstellen usw.

Der

epileptische Charakter

stellt eine andauernde, allmählich fortschreitende Aenderung der gesamten geistigen Individualität dar. Dieselbe entwickelt sich bei dem einen Kranken rascher, bei dem anderen langsamer. In Fällen, wo die Anfälle häufiger auftreten, scheint diese Veränderung, welche man kurz als eine epileptische Charakterdegeneration (Kirn) bezeichnen kann, in der Regel rascher aufzutreten. Immerhin sieht man aber auch Epileptiker, welche alle die gleich zu besprechenden unangenehmen Charaktereigenschaften trotz raschen Fortschreitens der Krankheit und trotz bereits eingetretener Verblödung nicht aufweisen.

Der Beginn der Entartung, welche schließlich zur Ausbildung der sog. epileptischen Charakterveränderung führt, ist meist gekennzeichnet durch das Auftreten einer großen Reizbarkeit und ausgesprochener ethischer Defekte. Es entwickelt sich ein schroffer Egoismus, alle Pflichten gegen die nächsten Angehörigen werden vergessen und weiterhin zeigt sich eine ausgesprochene Neigung zum Lügen; der Kranke entstellt und verdreht alles.

In vielen Fällen, namentlich wenn die Epilepsie noch nicht lange besteht, kommt es vor, daß der Epileptiker nur dann, wenn er besonders verstimmt und gereizt ist, seine Uebertreibungen und Be-

schwerden vorbringt. Es ist mir oft passiert, daß der kurz vorher noch über alles schimpfende Epileptiker ein paar Stunden später, wenn ich ihn zeigen wollte, um diese Symptome zu demonstrieren, als ein außerordentlich freundlich gesinnter Mensch sich erwies.

Die Neigung zum Lügen vieler, der meisten Epileptiker ist den Irrenärzten so bekannt, daß es erstaunlich erscheint, wenn immer wieder seit langen Jahren an hochgradiger Epilepsie leidende Individuen als Zeugen vernommen und vereidigt werden. Ich halte es für eine der schwierigsten Aufgaben der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit, sich über die Zeugnisfähigkeit eines Epileptikers zu äußern und möchte davor warnen, einem Epileptiker, bei dem sich der epileptische Charakter bereits entwickelt hat, ganz allgemein die Zeugnisfähigkeit zuzusprechen.

Nicht selten verleitet die pathologisch veranlaßte Neigung zum Lügen, die Epileptiker unter dem Eide die Unwahrheit zu sagen.

Diese mangelhafte Reproduktionstreue kann veranlaßt sein durch einen habituellen Zustand, den epileptischen Charakter, sie kann der Ausfluß sein einer vorübergehenden Reizbarkeit und Verstimmung und kann bedingt sein durch traumhafte Perzeptionen in einer leichten transitorischen Bewußtseinsstörung.

Gleichzeitig mit dem ethischen Defekte, aber nicht sogleich deutlich sich markierend, zeigen sich auch allerlei intellektuelle und affektive Störungen. Stück für Stück, im Anfang oft ganz allmählich, geht das geistige Kapital zugrunde; der Epileptiker wird vergeßlich, er urteilt nicht mehr so klar wie früher, erscheint infolgedessen mißtrauisch, die Erregbarkeit im Affekt wird krankhaft gesteigert, der Kranke wird hochgradig reizbar. Auf Grund des krankhaften Mißtrauens und der krankhaft gesteigerten Reizbarkeit, welche sich häufig bei der geringsten Veranlassung bis zu Anfällen sinnloser Wut mit blinder Gewalttätigkeit gegen die Umgebung steigert, ist der Verkehr mit Epileptikern sehr schwer, und auf Grund eben dieser Erscheinungen kommt es häufig zu Handlungen, welche zum Konflikt mit dem Strafgesetzbuche führen.

Man hat daher immer bei Beurteilung von Rechtsbrüchen, welche von Epileptikern begangen sind, in Erwägung zu ziehen, ob nicht Momente vorliegen, welche die Handlung durch den pathologisch gesteigerten Affekt veranlaßt erscheinen lassen.

Bei fortschreitender psychischer Entartung entwickelt sich allmählich immer deutlicher der Schwachsinn. Dieser Schwachsinn kann die stärksten Grade aufweisen. In der Regel tritt bei den Epileptikern, namentlich wenn der Schwachsinn sich bereits deutlicher markiert, ein Hang zu einer Frömmelei, die sich hauptsächlich in Aeußerlichkeiten zu betätigen sucht, auf.

Ein Symptom, welches wir ebenfalls bei Epileptikern beobachten, ist die krankhafte Verstimmung (Kraepelin, Aschaffenburg). Dieselbe ist am häufigsten depressiver Natur, aber es kommen gelegentlich auch Zustände mehr oder minder deutlich markierter ausgelassener Heiterkeit vor. Auch soll nicht unerwähnt bleiben, daß häufig fast bei jedem Epileptiker längere oder kürzere Zeit andauernde Zustände leichter oder schwerer Benommenheit auftreten. Diese Zustände werden häufig mit der epileptischen Verstimmung verwechselt, haben aber nichts mit derselben zu tun. Schließlich sei noch erwähnt, daß der Epileptiker meist eine große Intoleranz gegen Alkohol besitzt.

Der Alkohol vermehrt, wie wir gesehen haben, nicht nur die Häufigkeit der Anfälle, er kann auch die bei dem Epileptiker gewöhnlich vorhandene Reizbarkeit ins Ungemessene steigern und er löst nicht selten die gleich näher zu betrachtenden Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung aus. Bei vielen Verbrechen, welche von Epileptikern begangen werden, spielt der Alkohol die Rolle eines Agent provocateur. Der Alkohol ist ein Gift, für den Epileptiker aber ein doppeltes Gift. Ganz besonders deletär wirkt der Alkohol bei einem Epileptischen, wenn noch ein Affekt hinzukommt. Man wird daher auch bei einem Epileptiker, der getrunken hat und nun, gereizt, einen Gewaltakt begeht, nie sagen können, daß pathologische Momente bei dem Zustandekommen der Delikte eine Rolle nicht gespielt haben.

Nicht selten sehen wir einen Epileptiker in dem Prodromalstadium eines Anfalles besonders gereizt und empfindlich werden. Diese Zustände haben an sich mit dem epileptischen Charakter streng genommen nichts zu tun, sie leiten hinüber zu den eigentümlich psychischen Störungen, welche wir als

transitorische Bewußtseinsstörungen, als Dämmerzustände

bezeichnen.

Die unter den verschiedenartigsten Symptomenkomplexen auftretenden Dämmerzustände können einem Anfalle vorausgehen, ihn quasi als eine protrahierte Aura einleiten, sie können sich an einen Anfall anschließen und sie können ohne erkennbaren Zusammenhang mit einem Anfall — man kann fast sagen — statt eines Anfalls sich zeigen (Aequivalent). Charakteristisch für dieselben ist der Zustand des veränderten Bewußtseins (Siemerling), nicht, wie man früher annahm, die Bewußtlosigkeit. Es läßt sich deshalb auch nicht mehr als Kriterium dieser Zustände, der sogenannten epileptischen Dämmerzustände, die vollständige Amnesie aufstellen. Allerdings werden wir häufig finden, daß eine totale Amnesie besteht; aber auch in den Fällen, in denen eine partielle Erinnerung vorhanden ist, kann eine transitorische Bewußtseinsstörung vorhanden gewesen sein.

Das Bewußtsein ist nicht aufgehoben, es ist nur verändert; der Grad der Veränderung kann allerdings ein sehr verschiedener sein (Siemerling).

Westphal beschreibt in klassischer Weise diese Zustände in einem Gutachten, wie folgt: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derartig tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen, auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalte seines Denkens vollkommen fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre.“

In diesem Zustande der transitorischen Bewußtseinsstörung machen die Kranken den Eindruck bald eines stuporösen, bald eines aufgeregten, verwirrten, bald eines im Traum befangenen, bald eines mehr oder minder geistig intakten Menschen. Namentlich dem Laien fallen die Kranken in diesem Zustande häufig nicht auf.

Je nachdem diese Zustände vor oder nach einem Anfalle auftreten, nennt man sie prä- oder postepileptische Störungen oder Dämmerzustände. Zeigen sie sich ohne Zusammenhang mit einem Anfalle, statt eines Anfalls, so spricht man von einem epileptischen Aequivalente. Es kann vorkommen, daß vor dem Anfalle der Dämmerzustand einen mehr deliranten Charakter hat, nach dem Anfalle dagegen mehr stuporöse Züge aufweist oder umgekehrt; auch ein Wechsel in diesen Typen wird beobachtet.

Auch Sinnestäuschungen, z. B. Gedankenlautwerden (Knörr), können die transitorischen Bewußtseinsstörungen komplizieren.

Die Dauer der Anfälle transitorischer Bewußtseinsstörung ist verschieden; sie erstreckt sich auf Minuten, Stunden, Wochen und Monate.

Häufig nehmen nun die Kranken in diesem Zustande veränderten Bewußtseins anscheinend bewußt und willkürlich Handlungen vor, welche sie in schweren Konflikt mit dem Strafgesetzbuche bringen. Anklagen wegen Diebstahls, Mordes, Brandstiftung und anderer Verbrechen sind nicht selten die Folgen davon. Fehlen Erregung oder Verwirrung während dieser Zustände, so ist es überaus selten, daß derartige Kranke während ihres Anfalls noch in Beobachtung kommen. Wir dürfen aber durchaus noch nicht den Schluß ziehen, daß der Kranke nun nicht trotzdem auffällig für den aufmerksamen Beobachter und namentlich den Sachverständigen gewesen sei (Siemerling). In Fällen, wo es gelingt, brauchbare Erkundigungen einzuziehen, werden sich meist Angaben über das sonderbare Benehmen des Kranken ergeben.

So fiel ein Kranker Siemerlings durch seine lallende Sprache, die blutunterlaufenen Augen und durch seine Aufgeräumtheit im Wesen auf. Ein anderer desselben Autors irrte während eines Dämmerzustandes wochenlang unter falschem Namen umher und erledigte geschäftliche Angelegenheiten; derselbe machte auf seine Umgebung den Eindruck eines Halbverrückten und fiel durch seine schleppende „kränkliche“ Sprache auf. Die Symptome sind meist für den Laien wenig auffällig und stehen in keinem Verhältnis zu der Schwere des Zustandes.

In selteneren Fällen unternehmen die Kranken im Zustande transitorischer Bewußtseinsstörung Reisen, oft lange weite Reisen, und sind dann erstaunt, wenn sie wieder zur vollen Klarheit aufwachen, wie sie an den Ort hingekommen sind. Oft sind ihnen dabei noch einzelne Episoden der Reise erinnerlich (Automatisme ambulatoire, Poriomanie).

Wenn Donath meint, daß bei den Aequivalenten der Epileptiker mit Wandertrieb die Bewußtseinsstörung entweder vollständig fehlen oder ganz in den Hintergrund treten kann, so bezieht sich das wohl mehr auf die Gedächtnisstörung, eine Bewußtseinsstörung besteht sicher, indem dem Patienten die gesamten Erlebnisse während der poriomanischen Attacken als ein fremdartiges Produkt seiner Vorstellungstätigkeit vorkommen (Bonhoeffer). Der Patient weiß, wann die Attacke einsetzt und wann sie schließt. Auch wissen wir nicht, ob er wirklich sich an alles erinnert.

Werden die Kranken in dem Zustande der transitorischen Bewußtseinsstörung von Leuten gesehen, welche zu beobachten verstehen, so werden fast immer einige Sonderbarkeiten konstatiert.

Das schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen mit befremdlichen, unerwarteten, oft gewalttätigen Hand-

lungen legt den Verdacht auf ein epileptisch verändertes Bewußtsein nahe.

Die Erinnerung an diese Zustände resp. an die in solchen Zuständen vorgenommenen Handlungen kann vollständig geschwunden sein oder sie ist mehr oder minder partiell (Möli, Siemerling, Raeke). So z. B. packt ein epileptischer Kapellmeister in einem Dämmerzustande auf offener Straße seinen Koffer im Wagen aus und wirft die Sachen auf die Erde. Als er zu sich gekommen ist, erinnert er sich, die Sachen auf der Straße liegen gesehen zu haben, weiß aber nicht, wie sie dahin gekommen sind (Siemerling).

Um zu zeigen, wie diese partiellen Erinnerungsdefekte auftreten, möchte ich an die Erfahrungen erinnern, welche wir bei einem mehr oder minder schweren Rausche machen. Auch hier wird man häufig finden, daß ganz auffällige Erinnerungslücken für die im Rausch verlebte Zeit und die während desselben vorgenommenen Handlungen bestehen.

Eins der charakteristischsten Merkmale für Handlungen im epileptischen Dämmerzustand ist auch die Gleichartigkeit der Handlungen. Manchmal wiederholen sich dieselben, auch wenn sie schwere Vergehen betreffen, immer wieder bei demselben Individuum mit fast photographischer Treue.

Natürlich können auch bei larvierter Epilepsie, bei Epilepsia nocturna, Zustände transitorischer Bewußtseinsstörungen auftreten. v. Krafft-Ebing teilt ein interessantes Beispiel mit, welches einen Bürgermeister einer kleinen Stadt betrifft, der in glücklicher, mit Kindern gesegneter Ehe lebend, bei homosexuellen Attacken auf der Straße attrapiert wird. Die Anstaltsbeobachtung stellte Epilepsia nocturna mit entsprechenden Dämmerzuständen fest.

Die Handlungen, welche in einem solchen Zustande begangen werden, sind, wie erwähnt, meist sehr gewalttätiger Natur. Totschlag, Brandstiftung, Notzucht usw. können die Verwirklichung früher ausgesprochener Drohungen und Absichten darstellen. In solchen Fällen kann es schwer halten, den Richter davon zu überzeugen, daß es trotzdem eine Krankheit ist, die die Tat veranlaßt hat. Ist aber ein Dämmerungszustand nachgewiesen, so hat auch immer eine Krankheit im Sinne des § 51 vorgelegen.[1]

Nicht selten beobachten wir, daß nach einem derartigen Dämmerzustande das Individuum in einen lang andauernden tiefen Schlaf verfällt, wie nach einem epileptischen Anfalle. Auch ohne Zusammenhang mit einem Anfalle oder mit Zuständen transitorischer Bewußtseinsstörung können Anfälle von Schlafsucht von längerer oder kürzerer Dauer auftreten (E. Schultze). Häufig hat der epileptische Dämmerzustand, wenn er mit Aufregung verbunden ist, große Aehnlichkeit mit der akuten Verwirrtheit, den ganz akuten Fällen der Paranoiagruppe.

Ein großer Teil, der unter dem Namen „transitorische Tobsucht“ (Schwartzer) beschriebenen Fälle gehört zu den epileptischen Dämmerzuständen, ein anderer zu den akuten Verwirrtheitszuständen der Paranoiagruppe. Bei dem einen Epileptiker beobachten wir die Dämmerzustände häufiger, bei dem anderen seltener; a priori ausschließen können wir sie bei keinem Epileptiker.

Ich brauche wohl kaum hervorzuheben, daß sich die Dämmerzustände, resp. die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epilep-

[1]) Ich betone das ausdrücklich mit Bezug auf den Fall Tessnow.

tiker durchaus nicht immer von dem Irresein der Epileptiker scharf trennen lassen. Die beiden pathologischen Zustände gehen durch allerlei Zwischenformen ineinander über.

Das Charakteristische der transitorischen Bewußtseinsstörungen ist der traumhaft veränderte Bewußtseinszustand und der damit verbundene mehr oder weniger deutliche Erinerungsdefekt, das schnelle Nebeneinander von einfachen, unauffälligen und von befremdlichen, oft gewalttätigen Handlungen bei einer durch epileptische Krampfanfälle oder epileptoide Zeichen erwiesenen epileptischen Grundlage.

Mehrere gleichartige Fälle von dem Charakter der transitorischen Bewußtseinsstörungen lassen Epilepsie vermuten, aber nicht mit Bestimmtheit diagnostizieren.

Die

komplizierenden psychischen Störungen,

welche auf dem Boden der Epilepsie auftreten, können sehr verschiedenartiger Natur sein. Wir finden maniakalische, melancholische, paranoische, stupurös-ekstatische (katatonische) Symptomenkomplexe. Paranoische Symptomenkomplexe können wochen-, monate-, ja in seltenen Fällen jahrelang die gesamte Erscheinungsreihe bei Epilepsie beherrschen (Möli, Gnauck, Buchholtz). Häufig kommt es dabei vor, daß mehr oder minder plötzlich das eine Krankheitsbild das andere ablöst, ja die genannten Zustände können in regellosem Wechsel sich folgen. Immer tritt bei diesen Zustandsbildern mehr oder weniger deutlich der epileptische Charakter hervor. Diese psychischen Störungen können gelegentlich auch für längere oder kürzere Zeit verschwinden oder zurücktreten. Häufig beobachtet man das nach einer Serie oder nach sehr schweren epileptischen Anfällen.

Kommt es auf Grund der den psychischen Störungen zugrunde liegenden Erscheinungen zu Erregungszuständen (z. B. im Anschluß an Wahnideen oder Sinnestäuschungen), so können solche geisteskranken Epileptiker ganz außerordentlich gefährlich werden, überhaupt sind dieselben schwer zu behandeln, denn sie sind viel reizbarer als andere Geisteskranke und völlig unberechenbar, weil jeden Augenblick noch ein Dämmerzustand oder die präepileptische gesteigerte Reizbarkeit das Krankheitsbild komplizieren kann.

Nur in den seltensten Fällen, wenn erst eine weitgehende Verblödung eingetreten ist, wird es möglich sein, derartige geisteskranke Epileptiker außerhalb einer Anstalt zu verpflegen.

Die Differentialdiagnose der epileptischen Seelenstörung stützt sich auf den Nachweis der epileptischen Grundlage. Wenn auch bei einzelnen Fällen die Patienten in den Dämmerzuständen sich sehr charakteristisch verhalten und namentlich die öftere Wiederkehr eines solchen Zustandes in gleicher Weise auf Epilepsie hinweisen muß, wird man doch gut tun, auch in anderen Erscheinungen die zugrunde liegende Epilepsie zu erkennen. Je mehr man sieht, desto mehr Enttäuschungen erlebt man bei einem so einseitigen Vorgehen. Ganz abgesehen davon, daß auch die Dämmerzustände der Hysterischen sich manchmal in nichts von denen der Epilepsie unterscheiden, gibt es auch Verwirrungszustände auf toxischer, traumatischer und degenerativer Basis, welche kaum von den Dämmerzuständen der Epilepsie differenziert werden können.

Die Diagnose der epileptischen Grundlage werden wir meist nicht nach einer einmaligen Untersuchung stellen können, sondern erst nach längerer Beobachtung und genauer Kenntnis des ganzen bisherigen Vorlebens und der genauen körperlichen Untersuchung. Am meisten Schwierigkeiten macht die Differentialdiagnose, wie ich hier gleich bemerken will, der Hysterie gegenüber. Ja, es gibt Fälle, welche entschieden neben epileptischen auch hysterische Erscheinungen in ausgeprägter Weise darbieten (Hysteroepilepsie).

Bei der körperlichen Untersuchung lenkt den Verdacht auf Epilepsie das Vorhandensein von Zungenbissen oder von Narben von solchen und das Auffinden von älteren und frischeren Narben am Kopfe und anderen exponierten Stellen des Körpers, von Verletzungen beim Hinfallen herrührend; bei Hysterischen sind Zungenbisse extrem selten, ein Verletzen beim Hinfallen kommt so gut wie gar nicht vor, während es bei manchen Epileptikern die Regel ist. Die Epilepsie führt häufig bei längerem Bestehen zu einer gewissen leichteren oder schwereren Stupidität, die sofort auffällt, während eine derartige Veränderung bei der Hysterie selbst nach jahrzehntelangem Bestehen extrem selten ist. Die hysterischen Anfälle setzen meist im Anschluß an einen Affekt ohne Prodrome ein, sie sind in ihrer Intensität durch Brom nur schwer zu bekämpfen, während die Suggestion einen deutlichen Einfluß hat. Bei der Epilepsie ist eine Aura nicht selten, der Anfall entwickelt sich mit und ohne Aura plötzlich mit elementarer Gewalt, ohne daß irgendein auslösendes Moment vorausgegangen zu sein braucht. Die Suggestion ist machtlos gegen epileptische Zustände, auf Brom versagen im Anfang nur in den seltensten Fällen die Epileptiker. Daß ein Epileptiker im Anfall Urin, Kot, ja Samen verliert, ist häufig, bei der Hysterie gehört das zu den größten Seltenheiten. Abgesehen vom Status epilepticus, bei dem es sich ja um eine Serie von einzelnen Attacken handelt, ist der epileptische Insult kürzer in seiner Ablaufszeit als der hysterische.

Bei der Epilepsie hat man auch viel mehr den Eindruck einer schweren Erscheinung, die epileptische Krampfattacke dauert für gewöhnlich nur einige bis höchstens 10 Minuten, während der hysterische Anfall so rasch nicht zu Ende kommt, sich meist über eine Viertelstunde hinzieht und in nicht seltenen Fällen, namentlich wenn eine andächtige Zuschauerschar vorhanden ist, noch länger dauert. Im epileptischen Anfall haben wir fast immer ein deutliches Erblassen im Anfang der Attacke und deutlich cyanotisch-livide Gesichtsfarbe im weiteren Verlauf, dabei sind die Pupillen in der angegebenen Weise starr gegen Lichteinfall, und es besteht eine weitgehende Analgesie und Anästhesie bis zur Aufhebung des Cornealreflexes. Bei der Hysterie spielt eine derartige Verfärbung des Gesichts im Anfall keine Rolle, im Gegenteil, das Gesicht ist häufig entsprechend der Arbeitsleistung im Anfall frisch gerötet, die Pupillen sind nur in den seltensten Fällen starr gefunden worden (Westphal, Karplus). Die Analgesie und Anästhesie ist bei der Hysterie zwar auch vorhanden, aber meist nur regionär verbreitet, so daß man neben analgetischen auch deutlich hyperästhetische Zonen hat.

Anamnestisch spricht schließlich noch für Epilepsie, wenn man hört, daß schon von klein auf die Anfälle bestehen.

Wie unterscheidet sich nun das einfache Petit mal von der Ohnmacht?

Abgesehen davon, daß das Petit mal nur Momente dauert, findet man zunächst bei der Ohnmacht ein deutliches Schwächerwerden der Herztätigkeit (Oppenheim), ferner ist die Bewußtseinsstörung nicht eine so tiefgehende und schließlich fehlt jede motorische Reizerscheinung bei der Ohnmacht, während wir schon beim Petit mal, wie ich oben dargelegt habe, zum mindesten leichte Zuckungen um die Mundwinkel herum haben können.

Der Ausgang und der Verlauf der epileptischen Seelenstörung kann ein sehr verschiedenartiger sein; in der großen Mehrzahl der Fälle, das wird man allgemein sagen dürfen, ist die Prognose ungünstig. Die Prognose richtet sich vor allem auch nach dem Verlauf und der Art der Epilepsie. So werden wir bei einem Epileptiker mit einer ausgesprochenen degenerativen Charakterentwicklung, welche bereits zur Verblödung geführt hat, nicht mehr auf Genesung hoffen dürfen. Dasselbe gilt von längerdauernden fest fixierten psychischen Störungen auf dem Boden der Epilepsie, wenn bereits Symptome der beginnenden Verblödung da sind. Dagegen muß hervorgerufen werden, daß von vornherein die paranoischen, maniakalischen und melancholischen Zustände, welche das Krankheitsbild der Epilepsie komplizieren können, durchaus noch nicht eine ungünstige Prognose bieten, man sieht vielmehr gelegentlich, allerdings nicht gerade häufig, diese Zustände nach verschieden langer Dauer plötzlich oder allmählich wieder verschwinden. Im großen und ganzen ist allerdings die Prognose eine ungünstige. Auch kommt es sehr leicht zu Rezidiven. Gewöhnlich führen diese Psychosen unter zunehmender Abnahme der Intelligenz zur Verblödung. Die Dauer bis zum Ablauf der Psychose kann sich über Jahre erstrecken.

Fast unberechenbar in ihrem Verhalten sind die Dämmerzustände. Wenn wir ganz allgemein sagen können, daß diejenigen Fälle von Epilepsie verhältnismäßig erst spät und oft gar nicht zu einer weiteren Störung der intellektuellen Fähigkeiten auch im Verlaufe von Jahrzehnten führen, bei denen ausgesprochene Krampfanfälle selten auftreten, bei denen das Petit mal so gut wie ganz fehlt (Jolly), bei denen also das Gehirn immer wieder Zeit hat, sich gut und ausgiebig von den Attacken zu erholen, so ist das Auftreten häufigerer Dämmerzustände bei einem Epileptiker sicher kein günstiges Symptom. Ja, wir sehen nicht selten, daß das häufigere Auftreten von Dämmerzuständen das raschere Fortschreiten des geistigen Verfalls einleitet. Es gilt das ganz besonders von den Wochen und Monate anhaltenden schweren Verwirrungszuständen, welche manchmal den Anfällen vorausgehen oder ihnen nachfolgen.

Dabei ist aber zu bemerken, daß es sicher auch Fälle von Epilepsie gibt, bei denen sich nur einmal oder nur einigemal Dämmerzustände zeigen, um nachher nie wiederzukehren. Es sind das namentlich solche Fälle, bei denen besondere Umstände die Dämmerungszustände auslösen, z. B. Alkoholgenuß, Trauma, Affekt, infektiöse Prozesse, Obstipation und Magendarmstörungen usw.

Von wesentlichem Einfluß auf die Prognose der epileptischen Seelenstörung im allgemeinen ist die allgemeine Prognose der Epilepsie. Ueber die allgemeine Prognose der Epilepsie sind hier nur ein paar kurze Worte möglich.

Zunächst sei hervorgehoben, daß es entschieden Fälle von Epilepsie gibt, welche heilbar sind, wenn sie auch nur einen geringen Bruchteil dieser weitverbreiteten Krankheit darstellen. Ich betone nochmals, daß das seltene Auftreten der Anfälle, das Fehlen des

Petit mal die Prognose quoad Erhaltung der Intelligenz sehr günstig gestalten. Es kommen allerdings Fälle vor, wo die eigentlichen Krampferscheinungen der Epilepsie ganz verschwinden und eine Neigung zu transitorischen Bewußtseinsstörungen nicht zurückgehen will.

Die Therapie der epileptischen Seelenstörung hat zweierlei Indikationen: die erste und wichtigste richtet sich gegen das Grundleiden, gegen die Epilepsie, die zweite gegen die Psychose. Während wir, soweit die erste Indikation in Betracht kommt, wirklich von einer Therapie sprechen können, handelt es sich bei der Therapie der Seelenstörung lediglich um die Gesichtspunkte, welche bei der Behandlung der anderen Psychosen auch gelten, allerdings mit einigen speziellen Varietäten.

Wir wollen uns zunächst in aller Kürze mit der Therapie der Epilepsie beschäftigen.

Eine spezifische Therapie der Epilepsie kennen wir nicht. Die erste Aufgabe bei der Therapie der Epilepsie ist eine diätetische. Bei allen Epileptikern ist es die erste Pflicht, sofort und absolut die Zufuhr der geistigen Getränke zu sperren. Sodann verdient mit unser Hauptaugenmerk der Gastrointestinaltraktus. Bestehen hier Störungen, so müssen sie beseitigt werden. Oft genügt schon eine sogenannte Sterilisierung des Darms mit täglich gereichten kleinen Kalomeldosen, um den Verlauf der epileptischen Anfälle der Zahl und Intensität nach günstig zu beeinflussen. Gelegentlich hat auch Erfolg eine gründliche Ausräumung des Dickdarms mit Oelklistieren, in anderen Fällen wieder kann man einen Erfolg erzielen, namentlich wenn der Magen stärker beteiligt erscheint, mit einer Kissinger Rakoczy- oder mit einer Karlsbader Kur. Die Diät muß streng geregelt werden, alle blähenden, schwer verdaulichen Speisen sind zu meiden. Auch der Fleischgenuß ist entschieden einzuschränken, am besten zu verbieten (Alt). Man muß dabei nur bedacht sein, neben reichlich Reis, Gries, Gemüse und Obst auch viel Milch zu reichen. Reine Milchdiät ist schwer durchzuführen, wird aber von einzelnen Autoren gerühmt.

Zeigen sich Anhaltspunkte für eine Störung am kardiovasalen Apparat, so wird die Therapie auch hierauf das Augenmerk zu richten haben. Auf die medikamentöse Seite dieser Behandlung komme ich später zurück. Ueberhaupt wird man es ganz allgemein sich zur Regel machen müssen, den Epileptiker von jeder vermeidbaren Schädlichkeit fern zu halten; dazu gehören auch zu große körperliche Anstrengungen, übertriebene sportliche Betätigung, Baden in zu kaltem Wasser, während vorsichtige hydrotherapeutische Prozeduren durchaus nicht zu verdammen, ja manchmal von Nutzen sind.

Wenn man gesehen hat, wie niederschmetternd die Wirkung auf einen Menschen ist, dem klar wird, daß er epileptisch ist, dann wird man auch verstehen, daß die wichtigste Aufgabe für den Arzt ist, gerade diese Kranken bei Mut und guter Laune zu erhalten. Solange noch nicht psychische Störungen sich geltend machen, sind die Epileptiker für jeden ärztlichen Wink sehr empfänglich und folgen gern und willig allen Vorschriften.

Im allgemeinen besteht in den Kreisen der Epileptiker ein gewisses Mißtrauen gegen das Brom, sie tun häufig alles andere lieber als solche Präparate einnehmen. Es ist aber durchaus nicht notwendig und wünschenswert, daß man jeden Epileptiker, der die Sprechstunde betritt, wahl- und kritiklos mit Brom überfällt. Namentlich im Beginn kommt man mit den von mir kurz skizzierten diätetischen

und anderen Maßnahmen aus, ja man hat nicht gerade selten gute Erfolge damit erzielt, und je länger man ohne Brom auskommt, desto besser ist es.

Zu einer medikamentösen Behandlung wird man im allgemeinen erst schreiten, wenn man mit den bisher besprochenen Maßnahmen kein Glück hat.

Einzelne Fälle gibt es immer, bei denen Jodkalium eine ausgesprochene Wirkung tut. Der Versuch muß allerdings mindestens ein Vierteljahr fortgesetzt werden. Hierher gehören alle die Fälle, bei denen irgendein Verdacht auf Syphilis in der Anamnese besteht oder bei denen wir eine arteriosklerotische Grundlage vermuten.

Das souveräne Mittel gegen die Epilepsie in allen Fällen, wo unsere diätetischen und sonstigen Maßnahmen versagen, ist das Brom, es ist auch bei den Erregungszuständen während der epileptischen Seelenstörung das Mittel, welches am besten wirkt, es gibt nur wenige Epileptiker, welche auf Brom nicht ansprechen, d. h. bei denen nach Darreichung von Brompräparaten nicht die Anfälle an Zahl und Intensität zurückgehen oder gar ganz verschwinden oder bei denen Brom in Erregungszuständen nicht Ruhe schafft. Man gibt am besten einfache Salzlösungen (Bromnatrium, Bromkalium) und nicht Mischungen, weil die neueren Untersuchungen gezeigt haben, daß die Salzmischungen sich gegenseitig in ihrer Wirkung aufheben und stören. Am besten richtet man die Medikation so ein, daß auf eine Dosis, also z. B. auf einen Eßlöffel, 1 g Bromsalz kommt. Dieses Medikament wird am besten nach dem Essen auf den vollen Magen genommen. Man fängt immer erst mit kleinen Dosen an und steigt so lange, bis man einen deutlichen Einfluß auf die Anfälle sieht. Man kann steigen bis auf 6—9 g pro die. Größere Dosen, welche man unbedenklich geben kann, haben höchstens den Erfolg, daß sie schließlich Bromismus hervorrufen. Ich bemerke dabei, daß ich gesehen habe, daß einzelne Fälle bis über 30 g pro die wochenlang genommen haben. Es rührt das daher, daß sich jeder Laie für berechtigt hält, Brom zu verordnen.

Wenn es gilt, einen epileptischen Dämmerungszustand oder einen starken Erregungszustand anderer Art auf epileptischer Basis rasch zu kupieren, kann man zu Dosen von 10—14 g greifen; hat man wirklich einen epileptischen Zustand vor sich, dann hat man nicht selten Erfolg mit diesem Medikamente. Aeußert bei systematischer Darreichung das Brom seinen Einfluß darin, daß die Anfälle an Zahl zurückgehen, so braucht man zunächst mit der Dosis nicht mehr zu steigen; bleibt der günstige Zustand stationär, so kann man allmählich mit der Dosis fallen, aber selbst wenn die Anfälle ganz verschwinden, ist es gut, wenn man das Brom in kleiner Dosis noch 1—2 Jahre weiter reicht und auch die diätetischen Maßregeln und namentlich die Abstinenz von Alkohol noch möglichst lange, womöglich für immer fortbestehen läßt. Man sieht zu häufig, daß ein Exzeß in baccho die ganze traurige Erscheinungsreihe wieder hervortreten läßt und somit die Arbeit von Jahren vernichtet.

Hat man einen Grund, kardiovasale Komplikationen anzunehmen, so kann man die Bromdarreichung mit Digitalis oder Adonis vernalis oder mit Atropin kombinieren. Für die arteriosklerotische Spätepilepsie kommen besonders die Jodpräparate in Betracht. Die Opium-Bromkur nach Flechsig wird sehr verschieden beurteilt. Auf jeden Fall muß man sich vor einer Ueberschätzung der therapeutischen Erfolge mit dieser Behandlungsmethode hüten.

Die neueren Brompräparate (Bromalin, Bromipin [Bromfett]) sind von Wert in Fällen, wo geisteskranke Epileptiker sich hartnäckig weigern, Brom zu nehmen, weil man namentlich das letztere als Lebertran, das erstere als Antipyrin oder irgendein anderes Pulver darreichen kann, so daß der mißtrauische und reizbare Patient froh ist, seinen Willen durchgesetzt zu haben und von Brom verschont zu bleiben. Chloralhydrat und Amylenhydrat können bei dem Status epilepticus von Nutzen sein.

Eine operative Behandlung kommt namentlich in den Fällen von Reflexepilepsie, wenn der Herd an zugänglicher Stelle im Gehirn sitzt, in Betracht. Im allgemeinen sind die Resultate lange nicht so günstig, wie man nach dem ersten Erfolg der Operation zu erwarten sich berechtigt glaubt. Meist kommen die Anfälle nach einiger Zeit wieder (Matthiolius). Auch die Exzision des Halssympathicus, die Unterbindung der Carotis oder der Intervertebrales hat einen nur höchst zweifelhaften Wert. Unter neun Fällen, bei denen in meiner Klinik doppelseitig der Halssympathicus mit den drei Ganglien exzidiert wurde, schwanden in einem die Anfälle, dafür kam aber rasch ein schwerer psychischer Verfall und Neigung zu Wutanfällen und Verwirrungszuständen. Bei den anderen war ein Einfluß überhaupt nicht zu bemerken.

Die pathologische Anatomie der Epilepsie ist noch wenig geklärt. Irgendeinen Befund, der uns das Wesen der epileptischen Veränderung klar machen könnte, besitzen wir nicht. In den Fällen von symptomatischer Epilepsie wird uns die Sektion die Herde und Reizstellen im Gehirn aufdecken. (Apoplektische Narben, Zysten, Abszesse, Knochensplitter. Exostosen usw.) Auch die neuerdings öfters gefundene Verkümmerung des Ammonshorns und Verwachsungen des Unterhorns mögen unter diesen Gesichtspunkt fallen (Hayos, Bratz, Fischer). Interessant ist der Nachweis einer fortschreitenden Wucherung der Randglia und einer chronischen Gefäßerkrankung, wie sie uns Chaslin, Alzheimer, Weber und Orloff gebracht haben, weil wir aus diesen Befunden fast den Schluß ziehen können, daß in einzelnen Fällen von genuiner Epilepsie von vornherein ein langsam fortschreitender Prozeß namentlich in der Hirnrinde besteht.

Forensisch spielt die Epilepsie eine große Rolle. Die schwersten Gewaltakte und Verbrechen werden von Epileptikern im Dämmerzustande oder unter dem Einfluß von Alkohol und Affekt begangen. Das Genauere siehe in meiner gerichtlichen Psychiatrie.

Literatur.

Alt, Zur Behandlung der Epilepsie. München, bei Lehmann, 1894, und Münch. med. Wochenschr., Nr. 12/14, 1894..

Alzheimer, Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, 1896.

Derselbe, Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.. Bd. IV, 1898.

Bechterew, Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide und des Adonis vernalis bei Epilepsie. Neurol. Centralbl., Bd. XIII, S. 838.

Binswanger, Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls. Arch. f. Psych., Bd. XIX.

Derselbe, Die Epilepsie. In Nothnagels Pathologie und Therapie, bei Hölder in Wien.

Bonnhoeffer, Ein Beitrag zur Kenntnis der epileptischen Bewußtseinsstörung mit erhaltener Erinnerung. Centralbl. f. Nervenheilk., S.-A., Okt. 1900.

Bratz u. Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXXVIII, H. 2.

Buchholz, Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Habilitationsschrift, Marburg.

Escherich, Die tetanischen Erkrankungen des Kindesalters. Wiener med. Presse, 1903, Nr. 50.
Charcot, Ein Fall von epileptischem Dämmerzustand. Poliklinische Vorträge, Bd. LV, S. 359, Wien, bei Deuticke, 1895.
Donath, Der epileptische Wandertrieb. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, S. 335, 1899.
Ebstein, Ueber das Nebeneinandervorkommen von Epilepsie und Diabetes mellitus. Deutsche med. Wochenschr. 1898.
Feige, Die Geistesstörungen der Epilepsie. Vierteljahrsschrift für die gesamte Medizin, p. 51, 1895.
Féré, Les épilepsies et les épileptiques, Paris 1890. Deutsch von Ebers, Leipzig 1896.
Flechsig, Zur Behandlung der Epilepsie. Neurol. Centralbl. 1893 u. 1897.
Flügge, Beiträge zur modernen Epilepsiebehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, 1897.
Fischer, Ueber Ammonshornveränderungen bei Epileptischen. Festschrift zur Feier des 50jähr. Jubiläums von Illenau.
Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Fischers med. Buchhandl. H. Kornfeld, 1905.
Fürstner, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. Arch. f. Psych., Bd. XXVIII, 1896.
Gowers Epilepsie and other chronic convulsive diseases, London 1881.
Hajos, Ueber feinere pathologische Veränderungen des Ammonshornes bei Epileptikern. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.
Heilbronner, Ueber Fugues und fuguesähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych., Bd. XIX, S.-A.
Hitzig, Ueber hirnchirurgische Mißerfolge. Therapeutische Wochenschr., Nr. 19, 20, 1896.
Derselbe, Zur Geschichte der Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXIV.
Hermann, Ueber den psychischen Zustand der Epileptiker bei passivem Erwachen aus dem postparoxysmellen Schlaf. Russische Rundschau 1903.
Hochsinger, K., Krämpfe bei Kindern. Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts, 1905.
Jolly, Ueber die traumatische Epilepsie und ihre Behandlung. Charitéannalen 1895.
Derselbe, Epilepsie. In Ebstein-Schwalbes Handbuch, Stuttgart, bei Enke, 1900.
Kocher, Ueber die Bedingungen erfolgreicher Operation bei Epilepsie. XXVIII. Kongreß für Chirurgie, 1899.
Karplus, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle, nebst weiteren Bemerkungen zur Symptomatologie und Differentialdiagnose hysterischer und epileptischer Anfälle. Jahrb. f. Psych., Bd. LV, 1898.
Krainsky, Zur Pathologie der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.
Lohmüller, Ueber epileptische Amnesie. Annalen des städt. allg. Krankenhauses zu München, Bd. IX, 1897.
Lorenz, Ueber den Status epilepticus. Dissertation, Kiel 1890.
Matthiolius, Ueber Schädeloperationen bei Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. LII, S. 1.
Obersteiner, Ueber den Status epilepticus. Wiener med. Wochenschr. 1873.
Orloff, Zur Frage der pathologischen Anatomie der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd XXXVIII, H. 2.
Rabbas, Zur Epilepsiebehandlung nach Flechsig. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LII, S. 796.
Raecke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903, bei Marsels.
Siemens, Zur Lehre vom epileptischen Schlaf. Arch. f. Psych., Bd. XI.
Siemerling, Traumatische Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung. Tübingen 1896.
Derselbe, Ueber die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 42, 43, 1895.
Sommer, Erkrankungen des Ammonhorns als ätiologisches Moment der Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. X.
Derselbe, Die Brown-Séquardsche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. Beiträge zur pathol. Anat., Bd. XXVII, H. 2.
Schultze, E., Beitrag zur Lehre von der pathologischen Bewußtseinsstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.
Schultze, E., Ueber epileptische Aequivalente. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII, S. 145, 1900.
Steffens, Paul, Ueber Hysteroepilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII, H. 3, S. 929.
Strümpell, Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. VIII, 1896.
Thiemich, Lehrbuch der Kinderkrankheiten von Pfaundler und Schloßmann.

Unverricht, Ueber die Epilepsie. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, Nr. 196, Leipzig, Breitkopf u. Härtel.
Voisin, L'épilepsie. Paris 1896.
Wartmann, Alkoholismus und Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXIX.
Weber, Neue Anschauungen über die Autointoxikation bei der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1898.
Derselbe, Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena, G. Fischer, 1900.
Derselbe, Obduktionsbefunde beim Tod im Status epilepticus. Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeilage, S. 203.
Ziehen, Ueber Erregungs- und Reizungsstellen der genuinen Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. II, S. 77, 1897.
Derselbe, Ueber die Krämpfe infolge elektrischer Reizung der Großhirnrinde. Arch. f. Psych., Bd. XVII.
Derselbe, Zur Physiologie der intracortikalen Ganglien und ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall. Arch. f. Psych., Bd. XX u. XXI.

Die Dementia paralytica
(allgemeine progressive Paralyse der Irren).

Von

R. Wollenberg, Straßburg.

Geschichtliches.

Das Symptomenbild der Dementia paralytica wird in der Literatur erst verhältnismäßig spät erwähnt. Die Schriften der alten Medizin enthalten keinen deutlichen Hinweis darauf; erst im 17. Jahrhundert (Willis 1672) finden sich einige Spuren. Am Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts (Haslam 1798, Esquirol 1814) war das Krankheitsbild im wesentlichen bereits bekannt, doch verkannte man, wie auch später wieder, den Zusammenhang der geistigen und körperlichen Erscheinungen, indem man die letzteren nur als eine Komplikation der ersteren ansah. Erst Bayle (1822) durchschaute mit voller Schärfe den Parallelismus und die gesetzmäßige Entwicklung dieser beiden Gruppen von Störungen und sah in ihnen gleichwertige Aeußerungen ein und derselben Krankheit, die er auch pathologisch-anatomisch einheitlich (im Sinne einer Arachnitis chronica) auffaßte. — Die erste vollständige Monographie der Krankheit gab dann Calmeil (1826), der in ihr eine Periencephalitis chronica diffusa sah.

Die obenerwähnte Verkennung des Zusammenhanges der beiden Symptomreihen, die sich auch in der Unterscheidung einer Paralysie générale progressive „des aliénés“ (allgemeiner Paralyse „der Irren“) und einer „sans aliénation“ ausdrückte, wurde erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts insbesondere durch die Arbeiten von Delasiauve und Falret, ferner Duchek definitiv beseitigt.

Während bis zu dieser Zeit vor allem französische Autoren um die Erforschung der Krankheit bemüht waren, beteiligten sich weiterhin auch deutsche daran.

Aus der inzwischen fast unübersehbar angewachsenen Literatur sind, abgesehen von zahlreichen Einzelarbeiten, vor allem die zusammenfassenden Darstellungen von C. Westphal (1868), Voisin (1879), Mendel (1880), Krafft-Ebing (1894), Binswanger (1893–1894) endlich aus neuester Zeit die Werke von Alzheimer (1904), Obersteiner (1908) u. a. m. zu nennen.

Wenn bei dieser allseitig darauf verwandten Arbeit das klinische Bild der Dementia paralytica wie kaum ein anderes Krankheitsbild

in allen Einzelzügen durchforscht worden ist, so harrt doch eine Reihe von wichtigen Fragen, die sich insbesondere auf das Verhältnis der verschiedenen Spezialformen zueinander, die entscheidenden ätiologischen Momente und das eigentliche Wesen der Krankheit beziehen, noch der Erledigung, obwohl auch in diesen Beziehungen in neuerer Zeit wesentliche Fortschritte gemacht sind.

Krankheitsbegriff.

Die Dementia paralytica ist eine organische Krankheit des gesamten Zentralnervensystems, die, meist in chronisch-progressivem Verlauf, zu geistigem und körperlichem Verfall und Tod führt.

Unter den in Betracht kommenden Ursachen ist vorausgegangene Syphilis von entscheidender Bedeutung.

Der Krankheit verfallen vorzugsweise im kräftigsten Lebensalter stehende Individuen und drei- bis viermal mehr Männer wie Frauen.

Sie kennzeichnet sich klinisch auf geistigem Gebiet durch eine gleichmäßig oder sprunghaft zum Blödsinn fortschreitende Schwäche mit Einschaltung mehr oder minder ausgesprochener psychotischer Zustandsbilder expansiver, depressiver und deliranter Färbung; auf körperlichem Gebiet durch mannigfache Ausfalls- und Reizerscheinungen, unter denen Veränderungen der Pupillen, der Sprache und Schrift, der Patellarreflexe, endlich „paralytische" Anfälle von apoplektischer oder epileptischer Form von besonderer Bedeutung sind. Die Dauer der manifesten Erkrankung beträgt im Mittel 2—3 Jahre. Der Krankheitsverlauf wird sehr häufig durch einen temporären Nachlaß der Krankheitserscheinungen (Remission) unterbrochen.

Von der großen Masse der Fälle hebt sich insbesondere ab eine Gruppe durch ihren akuten Verlauf (akute, „galoppierende" Paralyse), eine andere durch das Vorhandensein dauernder Herderscheinungen und eine besondere Lokalisation des Krankheitsprozesses (Paralyse mit Herderscheinungen, auch „atypische Paralyse" Lissauer).

Als anatomische Grundlage der Dementia paralytica sind Schwund der nervösen Elemente, eigenartige Zellinfiltrate in den Lymphscheiden und der Umgebung der Gefäße, endlich Wucherungserscheinungen der gliösen Stützsubstanz anzusehen, die insbesondere die Hirnrinde befallen, sich aber in von Fall zu Fall verschiedener Weise auch auf das übrige Nervensystem verteilen. Insbesondere bilden Rückenmarksveränderungen einen wahrscheinlich konstanten Befund.

Allgemeines Krankheitsbild.

Die geistigen Symptome der Dementia paralytica lassen sich sämtlich auf die Grunderscheinung der psychischen Schwäche zurückführen. Diese kann sich zeitweise und besonders im Anfang hinter verschiedenartigen, den bekannten psychischen Formen der Melancholie, Hypochondrie, Manie, Amentia usw. mehr oder weniger genau entsprechenden Zustandsbildern verbergen, immer aber, soweit

es sich nicht um ganz akut verlaufende Fälle handelt, tritt sie weiterhin deutlich zutage und drückt den verschiedenen Krankheitserscheinungen ihren eigenartigen Stempel auf.

Vielfach fällt zunächst nur auf eine gesteigerte Ermüdbarkeit und Unfähigkeit zur Konzentration bei gleichzeitig vermehrter Reizbarkeit, also ein neurasthenisches Zustandsbild. Bald treten aber die Zeichen einer tiefergreifenden Veränderung der geistigen Persönlichkeit deutlich hervor, zunächst nur als eine gewisse Abstumpfung und Vergröberung, weiterhin als ausgesprochener Defekt. Die Kranken machen oberflächliche Wahrnehmungen, verwerten ihre Eindrücke auffallend wenig zu Schlüssen, übersehen nicht nur Feinheiten und Einzelheiten, sondern auch gröbere ins Auge fallende Widersprüche, und zeigen oft eine auffallende Unsicherheit in bezug auf die zeitliche Einordnung der Erlebnisse im Gedächtnis, sowie eine ausgesprochene Merkschwäche, die sie immer dieselben Fragen wiederholen läßt. Es besteht ein eigenartiger Zustand der Benommenheit und Unklarheit, der an einen leichten Rausch erinnern kann. Zuweilen werden, namentlich im Anschluß an paralytische Anfälle, nachträglich ganze Abschnitte der Erinnerung entzogen (retrograde Amnesie). Oft kommt es zu Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen; dagegen spielen Halluzinationen eine verhältnismäßig geringe Rolle, können aber auf allen Sinnesgebieten vorkommen. Auch der gedächtnismäßige Erwerb früherer Zeiten wird weiterhin angegriffen, der Vorstellungsschatz verarmt mehr und mehr. Die Kranken verlieren das Urteil mit Bezug auf den eigenen Zustand und ihre Beziehungen zur Umgebung; sie sind unklar und verworren in ihrem Denken, lassen sich leicht bestimmen und ablenken, konzipieren zahlreiche Wahnideen, die aber nicht fixiert oder systematisiert, sondern vielfach wechselnd, bunt zusammengesetzt, widerspruchsvoll und abenteuerlich sind. Nur anfangs besteht oft ein dumpfes Krankheitsgefühl mit Vorahnung des Kommenden, dies schwindet aber mit der Entwicklung der Krankheit. Die anfänglich gesteigerte gemütliche Erregbarkeit nimmt ab; die Gemütslage ist den Wahnideen entsprechend bald gehoben, bald gedrückt, zeigt aber auch eine charakteristische Bestimmbarkeit und Unbeständigkeit; oft steht sie zum Inhalt der Wahnideen in krassem Widerspruch. Aeußerlich sind die Kranken oft zunächst unauffällig, begehen aber doch bald Verstöße gegen Anstand und gute Sitte; weiterhin kommen sie in vielfache Konflikte, weil sie jedem Impuls ohne weiteres nachgeben, infolge innerer Unruhe und krankhafter Uebergeschäftigkeit herumreisen, sich in unüberlegte Unternehmungen einlassen, geschlechtlich excedieren usw. — Entsprechend dem allgemeinen, das geistige Gesamtgebiet umfassenden Charakter der paralytischen Geistesschwäche kommt es schließlich zum völligen Erlöschen des geistigen Lebens, falls nicht ein paralytischer Anfall, eine interkurrente Krankheit dem Leiden schon früher ein Ziel setzt.

Mit den geschilderten geistigen Veränderungen gehen die bereits erwähnten körperlichen Störungen in wechselnden Kombinationen einher, auf die in der speziellen Symptomatologie näher eingegangen werden wird.

In der Annahme, daß der Mehrzahl der Fälle eine gewisse typische Aufeinanderfolge der verschiedenen psychischen Symptome eigen sei, hat man früher einen Typus der „klassischen Paralyse“ aufgestellt, der durch ein Stadium prodromorum und initiale, ein

Stadium melancholicum und hypochondriacum, ein Stadium maniacale und endlich ein Stadium dementiae charakterisiert sein sollte.

Die weitere Erfahrung hat indes gezeigt, daß eine solche Verlaufsart wenigstens in der Gegenwart nur ausnahmsweise zutrifft. Abgesehen von den Fällen, die ganz atypisch verlaufen und deshalb unten eine gesonderte Besprechung finden werden, gibt es auch sonst sowohl in bezug auf die Gruppierung der Symptome wie in bezug auf den Krankheitsverlauf so große Verschiedenheiten und im speziellen Fall so vielfach wechselnde Bilder, daß sich ein allgemein gültiges Krankheitsbild nicht aufstellen läßt.

Immerhin läßt sich die große Masse der chronisch verlaufenden „typischen“ Fälle vom klinischen Standpunkt aus in 2 Hauptgruppen zusammenfassen. Diese haben die körperlichen Symptome im wesentlichen gemein, unterscheiden sich aber in geistiger Beziehung insofern, als bei den Fällen der einen Gruppe der geistige Verfall in schleichender Progression der von vornherein vorhandenen Schwäche sich vollzieht (einfache progressive Demenz), ohne daß Erregungszustände, Wahnideen usw. stärker hervortreten, während bei der anderen Gruppe dieser Endzustand erst nach Einschaltung mehr geschlossener depressiver und expansiver Zustandsbilder erreicht wird.

Außerdem besteht in der Mehrzahl der Fälle in bezug auf den Verlauf doch insofern wenigstens eine äußere Uebereinstimmung, als die krankhaften Störungen sukzessive mehrere Intensitätsgrade erkennen lassen. Dementsprechend unterscheidet man im allgemeinen ein Stadium der Vorläufererscheinungen und einleitenden Symptome (Stadium initiale), ein Stadium der ausgebildeten Krankheitserscheinungen (Stadium acmes oder conclamatum) und ein Endstadium der tiefen Verblödung (Stadium terminale oder dementiae). Diese Einteilung kann in praktischer Beziehung wertvoll sein, sie bleibt aber eine künstliche, da die einzelnen Krankheitsstadien sich sehr oft nicht scharf gegeneinander abgrenzen.

Einen wesentlich hiervon abweichenden Verlaufstypus zeigen insbesondere die verhältnismäßig seltenen Fälle, in denen eine ganz akute Entwicklung der Krankheitssymptome stattfindet, und die exquisit chronisch verlaufenden Fälle (s. unten: atypische Fälle der Dementia paralytica).

Spezielle Symptomatologie.

Um spätere Wiederholungen zu vermeiden, werden hier zunächst die im wesentlichen allen Stadien gemeinsamen körperlichen Symptome zusammenfassend besprochen.

Veränderungen am Sehapparat.

Es kommt in erster Linie in Betracht die Pupillenweite und die Pupillenlichtreaktion.

Die Pupillenweite zeigt schon in der Norm erhebliche individuelle Verschiedenheiten. Sie steht in Beziehung zum Alter, insofern als die im Kindesalter meist verhältnismäßig weiten Pupillen im Lauf der Jahre ganz allmählich enger werden

und im höheren Alter enge und unbewegliche Pupillen keine Seltenheit sind. — Auch das Geschlecht hat eine gewisse Bedeutung, da beim weiblichen Geschlecht die Pupillen im allgemeinen etwas weiter sind.

Außerdem werden temporäre Erweiterungen vielfach bei nervösen, anämischen, erschöpften Individuen, ferner unter dem Einfluß starker Affekte und körperlicher Schmerzen beobachtet.

Endlich ist an artefizielle Veränderungen der Pupillenweite durch den Gebrauch von Atropin, Duboisin, Eserin, Opium usw. zu denken, ebenso an überstandene Iritiden mit entsprechenden Folgeerscheinungen.

Auch die durch einseitige Erweiterung oder Verengerung bedingte Pupillendifferenz (auch „Anisokorie" genannt, von „ἄν-ισος" ungleich und „ἡ κόρη" die Pupille) kommt in der Norm unter sehr verschiedenen Umständen vor. Abgesehen von ihrer Entstehung durch ungleiche Belichtung beider Augen, findet sie sich gemeinsam mit anderen körperlichen Entartungszeichen bei ungleicher Entwicklung der Augen; ferner bei verschiedenem Verhalten der Refraktion beider Augen, bei Trigeminusaffektionen, Migräne, bei vielen funktionellen Psychosen und Neurosen.

In der Mehrzahl der Fälle hält sich die Pupillenweite der Paralytiker in mittleren Durchmessern. Im übrigen kommt sowohl abnorme Enge, als auch abnorme Weite vor. Insbesondere bildet die beiderseitige Miosis (stecknadelkopfgroße Pupillen) zuweilen ein Frühsymptom, das den anderen Krankheitserscheinungen lange Zeit vorausgehen kann. — Beiderseitige Mydriasis ist seltener, kommt aber auch im Prodromalstadium vor.

Viel häufiger sind Aenderungen der Pupillenweite nur eines Auges; im allgemeinen kommt aber dem Befunde der Pupillendifferenz eine pathognostische Bedeutung nur zu, wenn sie sich mit anderen sicheren Zeichen der Dementia paralytica verbindet; hier steht in erster Reihe die **reflektorische Pupillenstarre und Pupillenträgheit** (Argyll Robertsonsches Symptom).

Als Lichtreaktion der Pupillen bezeichnen wir die durch Belichtung der Netzhaut reflektorisch ausgelöste Kontraktion des M. sphincter pupillae; als reflektorische Pupillenstarre (auch Lichtstarre der Pupillen) das Fehlen der Pupillenverengerung auf Lichteinfall bei erhaltener Beweglichkeit der Pupille auf Akkommodation und Konvergenz. Uebrigens kommt auch eine totale Pupillenstarre nicht so selten bei Paralyse vor, dagegen wird eine lediglich akkomodative Starre (ohne Lichtstarre) nur ausnahmsweise beobachtet. — Wenn die Kontraktion der Pupille auf Lichteinfall nicht fehlt, sondern nur langsam und wenig ausgiebig erfolgt, sprechen wir von reflektorischer Pupillenträgheit.

Die Beeinträchtigung der Pupillenreaktion ist in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig. Vielfach beobachtet man zunächst Pupillenträgheit, die erst im weiteren Verlauf der Krankheit in Pupillenstarre übergeht. Sehr häufig zeigt sich die Reaktion auf beiden Augen in der Art verschieden, daß sie auf dem einen bereits fehlt, auf dem anderen nur herabgesetzt ist. Selten ist dauernd normale Reaktion des einen Auges bei Lichtstarre des anderen.

Das Verhältnis zwischen Lichtreaktion und Ungleichheit der Pupillen ist meist so, daß die reflektorisch starren Pupillen enger gefunden werden. Zuweilen werden erhebliche Schwankungen in der Pupillenweite beobachtet, so daß an demselben Tage bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist (springende Pupille oder springende Mydriasis).

Die Häufigkeit des Vorkommens der reflektorischen Pupillenstarre und -trägheit stellt sich nach neueren Erhebungen für die Pupillenstarre auf etwa ein Drittel der Fälle

(Weiler), dazu kommt noch in etwa 30—40 % der Fälle eine träge oder wenig ausgiebige Pupillenreaktion. Die Zahlen anderer Autoren sind etwas höher. Jedenfalls bestehen aber Veränderungen der Lichtreaktion der Pupillen in der großen Mehrzahl der Fälle.

Endlich finden sich noch häufig andere Unregelmäßigkeiten an der Pupille, die in ungleichmäßiger Bewegung der verschiedenen Teile der Iris, in Anomalien der Lage und in Veränderungen der Form der Pupille bestehen und gleichfalls als Zeichen gestörter Innervation aufzufassen sind. Im ersten Falle wird beim Spiel der Pupille an dieser oder jener Stelle eine Abflachung ihres Randes bemerkbar, im zweiten ist die normalerweise etwas exzentrisch gelegene Pupille weiter in die verschiedenen Quadranten der Iris disloziert; im dritten verliert die Pupille ihre kreisrunde Gestalt, der Pupillarrand wird unregelmäßig eckig, ausgezackt, etwas nach einer Seite verschoben, die Pupille bekommt eine elliptische, birnförmige oder ovale Gestalt mit horizontalem, vertikalem oder schiefem Längsdurchmesser.

Was die anderen bekannten Pupillenreaktionen betrifft, so geht mit der Lichtreaktion auch die Erweiterung der Pupillen auf Schmerzreize oft verloren. Ferner scheint in den Fällen, in denen die Lichtreaktion erhalten ist, wenigstens die „Sekundärreaktion" (Weiler) zu schwinden: die konsensuelle Verengerung einer bereits belichteten Pupille bleibt aus, wenn nun auch die andere Pupille noch belichtet wird.

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit der erwähnten Pupillenveränderungen, insbesondere der reflektorischen Starre und Trägheit, für die Diagnose der Dementia paralytica ist eine systematische und sichere Methodik ihrer Untersuchung für jeden Arzt ein dringendes Erfordernis. Auch der Nichtspezialist muß sich deshalb eine solche aneignen und die gewöhnlichen Fehlerquellen zu vermeiden wissen. Dazu ist vor allem erforderlich, daß man sich gewöhnt, immer unter möglichst gleichen Verhältnissen und insbesondere nicht mit verschieden starken Lichtquellen zu untersuchen. Dieser Anforderung entspricht es nicht, wenn manche Aerzte sich auf die Untersuchung bei dem äußerst variablen Tageslicht beschränken und dabei wohl gar noch durch passives Auf- und Niederziehen der Augenlider den Wechsel zwischen Beschattung und Belichtung herbeiführen. Die Untersuchung kann mit einer vergleichenden Betrachtung der Pupillen bei Tageslicht beginnen. Schon dabei fallen gröbere Differenzen der Pupillenweite auf. Man kann dann, gleichfalls bei Tageslicht, eine provisorische Prüfung der direkten und indirekten Lichtreaktion anschließen, indem man sowohl bei verdecktem, als auch bei unverdecktem anderen Auge das zu untersuchende Auge abwechselnd beschattet und belichtet. Dabei ist darauf zu achten, daß der Kranke den Blick in die Ferne richtet und nicht auf die beschattende Hand akkommodiert; diese ist demnach halb seitlich zu halten, was für den Untersucher zugleich den Vorteil bringt, die Pupillen dauernd beobachten zu können. Alsdann sollte aber in zweifelhaften Fällen immer noch eine Untersuchung bei konzentrierterem Lichte vorgenommen werden; hierfür genügt es unter Umständen, z. B. bei Geisteskranken, wenn man im halbverdunkelten Raume, die Lichtquelle zunächst hinter den Kopf des Kranken hält und sie dann rasch seitlich vor diesen bringt. Dabei darf der Kranke wiederum nicht den Blick auf die Lichtquelle

wenden, weil sonst die Konvergenz- und Akkommodationsreaktion der Pupille leicht eine Lichtreaktion vortäuschen kann. [1])

Im übrigen empfiehlt sich in Fällen, in denen die Verhältnisse eine etwas länger dauernde Prüfung gestatten, folgender Gang der weiteren Untersuchung [2]): Zunächst wird die Pupillenweite beider Augen bei stark herabgesetzter Beleuchtung, bei mangelnder Konvergenz und erschlaffter Akkommodation in durchfallendem Licht vergleichsweise festgestellt. Zu diesem Zweck befindet sich die Lichtquelle (gewöhnlicher Gasrundbrenner besser als Auerlicht) rechts oder links seitlich hinter dem Patienten, der über den Kopf des vor ihm sitzenden Untersuchers hinweg in die Ferne blickt und diese Blickrichtung etwa eine halbe Minute beibehält. Der Untersucher wirft nun aus einer Entfernung von etwa 40 cm mit dem Augenspiegel (Konkavspiegel) in rasch wechselnder Folge Licht bald in das eine, bald in das andere Auge und bildet sich so ein vergleichendes Urteil über die Weite, sowie provisorisch auch schon über die Lichtreaktion der Pupillen. — Alsdann folgen die Prüfung der Pupillenweite und die definitive Feststellung der Lichtreaktion bei stärkerer (seitlicher) Beleuchtung. Die Lichtquelle steht links seitlich vor dem leicht nach der entgegengesetzten Seite gewendeten Kopf des Patienten (etwa 35 cm von diesem entfernt); es wird nun die direkte Lichtreaktion des der Lichtquelle näherstehenden (linken) und zugleich die indirekte des entfernteren (rechten) Auges in der Art geprüft, daß mittels einer Konvexlinse von 13 Dioptrien aus etwa 8 cm Entfernung ein Lichtkegel auf die Pupille des der Lichtquelle näherstehenden Auges geworfen wird. Alsdann wird im allgemeinen ohne Veränderung der Lampenstellung und nur bei leicht nach links gewendetem Kopfe ebenso bei dem anderen Auge verfahren. Dabei empfiehlt es sich unter Umständen, z. B. bei sehr engen Pupillen und schwacher Lichtreaktion, vor der Beleuchtung die zu untersuchende Pupille in entsprechender Weise mit der Hand etwas zu beschatten und dann plötzlich den Lichtkegel einfallen zu lassen, ein Verfahren, das die Wahrnehmung der Lichtreaktion erleichtern kann.

Die in jedem Falle zur Kontrolle vorzunehmende Prüfung der Konvergenzreaktion erfolgt in der Weise, daß man den in etwa 20 cm vor den Augen, etwas unterhalb von diesen gehaltenen Zeigefinger fixieren läßt.

Von weiteren Störungen am Sehapparat kommen Lähmungen der Augenmuskeln in Betracht. Diese stellen sich (auch in nichttabischen Fällen) zuweilen im Frühstadium der Dementia paralytica als vorübergehende Erscheinung ein und erscheinen dann in der Anamnese als Schielen und Doppeltsehen. Seltener werden andauernde Lähmungen einzelner oder sämtlicher Augenmuskeln im Vorstadium oder im Verlauf der Paralyse beobachtet.

Von ophthalmoskopischen Veränderungen ist nur die Opticusatrophie zu erwähnen, die aber einen seltenen Befund darstellt.

Veränderungen der Sprache und Schrift.

Die paralytische Sprachstörung ist zunächst artikulatorischer Art, insofern sie auf einer mangelhaften Koordination der Lippen-, Zungen-. Gaumen- und Kehlkopfmuskeln beruht, deren ungestörte gemeinsame Aktion zum regelrechten Sprechen notwendig ist. Dazu kommen mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen aphasischen oder paraphasischen Charakters und endlich rein psychisch bedingte Ausfallserscheinungen, die sich aus der bestehenden Geistesschwäche, insbesondere den Mängeln des Gedächtnisses erklären. Die paralytische Sprachstörung ist also eine kompli-

---

[1]) Bei Geisteskranken kann man sich hierzu einer gewöhnlichen Kerze oder einer der handlichen Pupillenlampen bedienen, wie sie von manchen Firmen sowohl mit Kerzen- als auch mit Glühlampenarmierung geliefert werden. Als sehr zweckmäßig haben sich ferner die elektrischen Taschenlampen erwiesen, die jetzt so billig in den Handel gebracht werden. Auch die von Stuffer & Binder in Baden-Baden hergestellte, noch mit einem Reflektor armierbare Glühlampe kann ich aus eigener Erfahrung empfehlen.

[2]) Die folgende Methode ist die von dem Marburger Ophthalmologen L. Bach geübte; vgl. dieses Autors: Pupillenstudien, Gräfes Archiv für Ophthalmologie, Bd. LVII, Heft 2.

zierte Erscheinung, die in bezug auf ihre einzelnen Komponenten oft schwer zerlegbar ist.

Sie zeigt sich beim Aussprechen einzelner Buchstaben oder bei der Verbindung der Buchstaben zur Silbe und der Verbindung der Silben zum Worte (gestörte Literal-, Syllabar- und Verbalkoordination). Die Sprache wird langsam, getragen, monoton. Beim Aussprechen gewisser Konsonanten im Anfang der Worte oder Silben fällt ein leichtes Stocken und Zaudern auf, das als Häsitieren bezeichnet wird. Die Verbindung der Laute untereinander wird unscharf, verwaschen, die Sprache demgemäß lallend, „verschmiert". Besonders charakteristisch ist aber die Unfähigkeit, die einzelnen Laute und Silben, die jedes für sich gut herausgebracht werden können, richtig zusammenzufügen. So kommt es zu dem charakteristischen Silbenstolpern des Paralytikers.

Beliebte Probeworte sind für den Nachweis der lallenden Sprache: „Flanelllappen", für das Silbenstolpern: „dritte reitende (Garde)-Artilleriebrigade", „Dampfschiff(schleppschiff)fahrt(gesellschaft", „Exterritorialität", Infanteriereserveübung", die von den Kranken in entsprechenden Entstellungen herausgebracht werden.

Die aphasischen und paraphasischen Störungen äußern sich in dem Ausfall einzelner Worte oder Eigennamen, in der Produktion sinnloser Wortbildungen, in der Auslassung, Zusammenziehung und Verdoppelung von Silben („Elektrität" — „Exität" — „Elektrizität"), seltener in dem (temporären) Verlust des Sprachverständnisses (Worttaubheit), die psychisch bedingten Erscheinungen endlich in der kindlichen, oft grammatikalisch fehlerhaften Satzbildung, der Schwerfälligkeit des Ausdrucks und dem durch Fehlen der Sprachimpulse bedingten Stocken des Redeflusses bis zum völligen Versagen der sprachlichen Mitteilung. Für die bei manchen Kranken zu beobachtenden ungewollten Wiederholungen der Endsilben (Anton-ton-ton-ton) schlägt KRAEPELIN die Bezeichnung Logoklonie vor.

Zugleich mit der Sprache ändert sich meist die Stimme; diese erhält einen tremulierenden Charakter, verliert ihren normalen Timbre und wird rauh, näselnd, zuweilen auch meckernd. Diese Aenderung der Stimme ist bei Sängern als erstes Zeichen der Dementia paralytica beobachtet worden.

Die Prüfung auf Sprachstörung wird gewöhnlich in der Weise vorgenommen, daß man die Kranken eines oder mehrere der oben angeführten Paradigmen nachsprechen läßt. In sehr vielen Fällen bedarf es aber derartiger „artikulatorischer Fallstricke" (HOCHE) nicht, und es empfiehlt sich vielmehr, die Kranken in scheinbar absichtsloser Unterhaltung zu unbefangenen sprachlichen Aeußerungen zu veranlassen. Viele Kranke sind auf die üblichen Paradigmen durch frühere Untersuchungen schon eingeübt und sprechen sie tadellos aus, während sie an ungewohnten Worten, auch wenn sie einfach sind, scheitern. Außerdem sind die Paradigmen nachgerade auch in Laienkreisen so bekannt geworden, daß ihre Anwendung bei der Untersuchung auf manche Kranke erschreckend wirkt. — Ein sehr gutes Verfahren, um eine Sprachstörung deutlich hervortreten zu lassen, besteht darin, daß man die Kranken laut vorlesen läßt, dabei werden vielfach die willkürlichsten und unsinnigsten Wortentstellungen und -neubildungen vorgebracht, ohne daß der Kranke selbst sich dessen bewußt wird.

Von sehr großer diagnostischer Bedeutung sind sodann die Veränderungen der Schrift, die denen der Sprache ganz ent-

sprechen. Die hier zunächst in Betracht kommenden mechanischen Störungen beruhen auf einer Schwäche und Koordinationsstörung der betreffenden Muskeln. Man unterscheidet zweckmäßig die ataktische und die Zitterschrift. Die ataktische Schrift kennzeichnet sich durch unregelmäßig ausfahrende, zickzackförmige Strichführung, verschiedene Größe und Eckigkeit der Buchstaben, zu dicke Grundstriche, ferner durch einen dem Häsitieren der Sprache vergleichbaren Wechsel zwischen Stocken und flüchtigem Hingleiten der Feder, durch Unfähigkeit zur Einhaltung der geraden Linie, und erhält so vielfach einen geradezu kindlichen Charakter. — Die Zitterschrift zeigt entsprechende Deformierung der horizontalen und vertikalen Striche, oft bei sonst ganz gut und gleichmäßig ausgebildeten Buchstaben, und ohne daß dabei die Leserlichkeit so stark zu leiden brauchte, wie bei der zuerst besprochenen Schriftstörung. Vielfach finden sich ataktische und Zitterschrift kombiniert.

Dem „Silbenstolpern" entsprechend zeigt auch die Schrift Versetzungen, Auslassungen, Zusammenziehungen und Verdoppelungen der Buchstaben und Silben. Den paraphasischen Störungen entspricht die Einfügung ganz sinnloser Worte in den Schriftsatz (Paragraphie); den aphasischen die Beschränkung der schriftlichen Aeußerungen auf wenige Sätze oder Worte. Der Einfluß der psychischen Schwäche macht sich bemerkbar in der häufigen Wiederholung derselben Worte und Wendungen, in dem Vergessen der beim Beginn des Schreibens gehegten Intentionen, so daß der zweite Teil eines Briefes an eine ganz andere Person gerichtet sein kann wie der erste; in grammatikalischen und syntaktischen Fehlern, in dem unbeholfenen, kindlichen Stil und Inhalt, endlich in dem Mangel des Gefühls für die äußere Form (Eingaben an Behörden auf kleinen beklecksten Zetteln usw.).

Sonstige motorische Störungen.

Im Hirnnervengebiet finden sich insbesondere Differenzen der Facialisinnervation; die Nasolabialfalte ist einseitig verstrichen, der Mundwinkel hängt etwas tiefer herab. Indessen ist dieser Befund mit großer Vorsicht zu verwerten, weil Asymmetrien der Gesichtshälften als Entwicklungsanomalie bekanntlich außerordentlich häufig sind. Weit zuverlässiger und charakteristischer ist das Vorhandensein von Mitbewegungen und fibrillären Zuckungen, die als Beben und Flattern insbesondere um den Mund herum, ferner in der Wangen- und Kinnmuskulatur, beim Versuch zu sprechen und beim Sprechen selbst, beim Vorstrecken der Zunge, Oeffnen des Mundes, Zurückziehen der Mundwinkel usw., aber auch in der Ruhe besonders unter dem Einfluß der Affekte hervortreten.

Im Gebiet des motorischen Trigeminus werden häufig Reizerscheinungen beobachtet, die sich in früheren Stadien als Kau- und Schmeckbewegung, in späteren als Zähneknirschen darstellen. — Lähmungen des Trigeminus kommen im Endstadium vor und äußern sich besonders in mangelhaftem Kauen.

Die Beteiligung des Vagoaccessoriusgebietes äußert sich, abgesehen von den bereits besprochenen Störungen der Stimme und der Sprache, gleichfalls im späten Stadium der Krankheit in einer Erschwerung des Schluckens, besonders von festen Bissen, und in mangelhaftem Verschluß des Kehlkopfeinganges, so daß die Kranken sich leicht verschlucken.

Im Hypoglossusgebiet werden — gleichfalls abgesehen von

seiner Beteiligung bei der Sprachstörung — auffälligere Störungen, wenn überhaupt, erst spät beobachtet. Die Zunge zeigt zunächst nur starkes Zittern und wird oft ruckartig vorgestreckt, behält aber lange ihre gröbere Beweglichkeit. In den letzten Krankheitsperioden kann dies derartig zunehmen, daß sie überhaupt kaum noch herausgebracht wird. — In manchen Fällen machen sich diese Störungen von Anfang an sehr stark bemerkbar.

Im Extremitäten- und Rumpfgebiet besteht zuweilen ein so lebhafter Tremor, daß die Kranken zu jeder geordneten Bewegung unfähig werden (Zitterparalytiker).

Von Reizerscheinungen sind kontinuierliche, verschieden lokalisierte Zuckungen ganzer Extremitäten oder einzelner Muskelgebiete, ferner choreiforme und athetoseartige Bewegungen, meist im Anschluß an paralytische Anfälle, beobachtet. Kemmler beschrieb anhaltende konvulsive Bewegungen einzelner Muskeln, die mit den Pulsschlägen synchron waren.

Eine motorische Schwäche macht sich im allgemeinen mehr an den unteren als an den oberen Extremitäten bemerkbar. Abgesehen von den subjektiven Klagen über leichte Ermüdung und Schwächegefühl kommen besonders die Störungen des Ganges in Betracht. Je nachdem dabei die motorische Schwäche, die Koordinationsstörung oder die Muskelspannung überwiegt, unterscheidet man einen paretischen, ataktischen und spastischen Gang, doch läßt sich meist eine scharfe Trennung dieser Formen nicht durchführen. Am häufigsten findet sich eine paretisch-ataktischer Gang: Die Kranken gehen mit kleinen, unsicheren Schritten, breitspurig, knicken in den Knien ein, bewegen sich ungeschickt, schwerfällig, stolpernd, geraten bei raschen Bewegungen ins Schwanken, treten bei Straßenübergängen, beim Treppensteigen vorbei, kommen bei geringfügigen Hindernissen zu Fall, so daß sie schließlich nur noch in Begleitung ausgehen können. — Der rein ataktische Gang findet sich meist nur in den früheren Stadien der Krankheit und ist als ein Zeichen einer tabischen Erkrankung anzusehen. Der spastische Gang findet sich meist mit dem paretischen kombiniert; er bedarf hinsichtlich seiner Eigentümlichkeiten keiner weiteren Schilderung.

Die oberen Extremitäten lassen, neben dem bereits erwähnten Tremor, meist nur eine Beeinträchtigung der feineren Koordinationen erkennen, wie sie beim Schreiben, Zeichnen, Spielen musikalischer Instrumente kurz bei allen besonderen Handfertigkeiten in Betracht kommen. Aber auch bei ganz einfachen motorischen Leistungen erscheinen die Kranken oft sehr ungeschickt, z. B. beim Oeffnen des Mundes, Zeigen der Zähne, beim Ausführen verschiedener Bewegungen nach einander (Apraxie).

Verhalten der Sehnenreflexe.

Von den Sehnenreflexen kommen besonders der Patellarsehnenreflex (Kniephänomen), und der Achillessehnenreflex in Betracht. Der erstere hat aber die größere praktische Bedeutung.

Die Patellarreflexe können bei der Dementia paralytica entweder normal oder einseitig oder beiderseitig verändert sein. Es ist besonders zu betonen, daß diese Veränderung ebensowohl in einer Steigerung (vorwiegende Erkrankung der Rückenmark-

seitenstränge) wie in einer Abschwächung bis Aufhebung (vorwiegende Erkrankung der Rückenmarkhinterstränge) der Reflexe bestehen kann. — In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle ist der Patellarreflex gesteigert und nur in verhältnismäßig wenigen Fällen von Anfang an einseitig oder doppelseitig abgeschwächt oder fehlend. — Die Steigerung des Reflexes kann während der ganzen Dauer der Erkrankung unverändert fortbestehen. In einer Reihe von Fällen beobachtet man während des Krankheitsverlaufs ein Schwächerwerden und Erlöschen des anfänglich gesteigerten Patellarreflexes (Uebergreifen der Erkrankung von den Seitensträngen auf die Hinterstränge des Rückenmarkes). — Die von den einzelnen Autoren mit bezug auf das Verhalten der Patellarreflexe bei der Dementia paralytica gegebenen Zahlen lassen das Ueberwiegen der Reflexsteigerung deutlich erkennen, sind aber im übrigen nicht eindeutig, weil die Kranken in sehr verschiedenen Stadien untersucht worden sind.

Der Achillessehnenreflex wird gleichfalls normal, gesteigert oder fehlend gefunden. Seine Bedeutung steht hinter der des Patellarreflexes zurück, doch kann seine Abschwächung und Aufhebung den entsprechenden Veränderungen des Patellarreflexes vorangehen und so Bedeutung gewinnen.

Ebenso wie bei der Untersuchung der Pupillen ist bei der der Sehnenreflexe eine sichere Technik erforderlich, wenn man nicht groben Täuschungen verfallen will. Geübte Untersucher können sich unter Umständen schon durch eine Prüfung bei bekleidetem Bein ein allgemeines Urteil über den Patellarreflex bilden. Grundsätzlich ist aber daran festzuhalten, daß die Untersuchung bei entblößtem Oberschenkel und Knie erfolgt. Das übliche Uebereinanderschlagenlassen der Beine empfiehlt sich bei Geisteskranken vielfach deshalb nicht, weil durch diese Manipulation die Aufmerksamkeit auf das betreffende Gebiet gelenkt und eine unwillkürliche Anspannuug der in Betracht kommenden Muskeln bewirkt wird. Am besten läßt man den auf einem Stuhl sitzenden Kranken die Füße zwanglos vor sich hinstellen, indem man nötigenfalls nachhilft, bis das Bein sich in einem leichten stumpfen Winkel befindet. Alsdann beklopft man die Patellarsehne, die man sich vorher abgetastet hat, mehrmals mit dem Perkussionshammer, während man mit der anderen (linken) Hand den Quadriceps palpiert und den Blick auf den Oberschenkel gerichtet hält. Gelingt auf diese Weise die Hervorrufung des Reflexes nicht, so liegt dies häufig darau, daß der Kranke seine Muskeln nicht zu entspannen vermag; man wiederholt deshalb die Untersuchung in derselben Weise, während man den Kranken durch an ihn gerichtete Fragen oder durch den Jendrassikschen Handgriff (der Kranke hat auf Kommando die gefalteten Hände mit möglichster Kraft auseinander zu ziehen, ohne aber loszulassen) ablenkt, bis ein möglichst sicheres Resultat erreicht ist. — Ist man genötigt, in der Rückenlage zu untersuchen, so verfährt man in derselben Weise bei leicht gebeugtem und im Knie unterstütztem Bein. Immer ist das entscheidende Gewicht auf die Quadricepskontraktion, nicht auf das Sichtbarwerden der Exkursion des Unterschenkels zu legen.

Die Untersuchung auf Fußklonus nimmt man in Rückenlage des Kranken in der Art vor, daß man mit der einen Hand das leicht gebeugte Bein in der Kniekehle lose stützt und gleichzeitig mit der anderen den Fuß durch einen kurzen, in der Höhe der Metatarsalköpfchen gegen die Sohle ausgeübten Stoß dorsalwärts drängt

und in dieser Stellung durch einen elastischen Druck zu erhalten sucht. Bei vorhandenem Fußklonus treten alsdann rasch aufeinanderfolgende Kontraktionsstöße der Wadenmuskulatur auf, bis der Reflex sich früher oder später erschöpft hat. Im übrigen erfolgt die Prüfung des Achillessehnenreflexes in der Art, daß man bei sanft nach oben gedrückter Fußspitze mit dem Perkussionshammer einen leichten Schlag gegen die Achillessehne richtet.

Die paralytischen Anfälle.

Die paralytischen Anfälle kennzeichnen sich in ihren vollentwickelten Formen entweder als schlagartig einsetzende Lähmungen (Apoplexien) oder als Krampfanfälle von epileptischem Typus, die sich gleichfalls meist mit Lähmung verknüpfen; dementsprechend werden sie als apoplektiforme und als epileptiforme Anfälle unterschieden, ohne daß aber eine scharfe Trennung beider möglich wäre; vielmehr können sie in mannigfaltiger Weise miteinander kombiniert sein, so daß sich an die Lähmungserscheinungen noch die Reizungserscheinungen anschließen oder umgekehrt. — In der Mehrzahl der Fälle tragen die paralytischen Anfälle aber keinen in gedachtem Sinne voll ausgebildeten, sondern nur abortiven Charakter. Ein plötzlich auftretendes intensives Schwindelgefühl, das den Kranken nötigt, sich festzuhalten; eine kurzdauernde Benommenheit und Uebelkeit, ein Migräneanfall mit Flimmerskotom, Gesichtsfelddefekte, Parästhesien irgend welcher Art, vasomotorische Erscheinungen, Angstgefühle mit Herzklopfen können überhaupt die einzigen Zeichen des Anfalls sein oder sich mit Ausfallserscheinungen im motorischen oder sensoriellen Gebiet (siehe unten) verbinden; in anderen Fällen sind die letztgenannten Erscheinungen auf einmal da, ohne daß der Kranke überhaupt irgend eine Angabe über subjektive Begleit- oder Einleitungserscheinungen machen könnte. Die Schlaganfälle setzen in bekannter Weise plötzlich ein mit Bewußtlosigkeit, Zusammenbrechen und führen nicht selten unmittelbar zum Tode. Die Krampfanfälle treten in Form der Jacksonschen Epilepsie auf und können sich auf einzelne Muskelgebiete beschränken oder von da aus gesetzmäßig auf andere Gebiete ausbreiten; hierher gehören auch die zuweilen beobachteten kontinuierlichen Reizerscheinungen gewisser Muskeln oder Muskelkomplexe. — Die Ausfallserscheinungen, die sich mit beiden Anfallsarten verbinden, sind von der verschiedensten Lokalisation. Meist beschränken sie sich auf eine Extremität, eine Gesichtshäfte oder auch nur auf das Augenmuskelgebiet (Doppeltsehen, Ptosis) oder auf die Uvula (Schiefstellung) oder auf die Sprache (stärkere artikulatorische Störung). Häufig treten sie besonders in den Frühstadien, als vorübergehende aphasische oder paraphasische Störung auf; eine häufige Kombination ist auch die einer Monoparese oder Monoplegie mit Hemianopsie. Dagegen sind komplette Hemiplegien selten. — Alle diese Ausfallserscheinungen haben das Gemeinsame, daß sie meist trotz großer Intensität und Ausbreitung sich verhältnismäßig schnell, oft schon in einigen Stunden, sonst in Tagen wieder ausgleichen. Die Häufigkeit der Anfälle ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Sie scheinen bei der dementen Form der Paralyse am häufigsten zu sein. Die Anfälle können den Krankheitsverlauf in jedem Stadium unterbrechen. Im allgemeinen treten aber die mit Reizerscheinungen verlaufenden Anfälle mehr in den späteren Krankheitsstadien auf, während in den früheren mehr die einfachen Schwindelanfälle usw. und die schlagartig einsetzenden und schnell

vorübergehenden Lähmungserscheinungen überwiegen. Vielfach werden Krampfserien beobachtet (Status paralyticus). Die Körpertemperatur ist im Anfall meist erhöht, oft auch vorübergehend Albuminurie vorhanden. Meist schließt sich an die Anfälle noch ein kurzer oder länger dauernder Zustand der Verwirrtheit oder Benommenheit an, aus dem die Kranken erst allmählich zu sich kommen. Wahrscheinlich entspricht dem Anfall anatomisch ein mit plötzlichem umfänglichen Untergang von Nervengewebe einhergehendes Anschwellen des Krankheitsprozesses; dementsprechend macht sich nach dem Anfall meist ein weiterer geistiger Rückgang bemerkbar.

Die **sensiblen Störungen** sind bei der Dementia paralytica im allgemeinen von geringerer Bedeutung. In einem Teil der Fälle bilden unangenehme Hautempfindungen wie Jucken, Brennen, oder rheumatoide und neuralgische Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten, zuweilen auch im Gebiet der Kopfnerven (Trigeminus, Occipitalis) eine der frühesten und leicht zu verkennenden Krankheitserscheinungen. Von objektiv nachweisbaren Störungen ist nur die häufig schon früh nachweisbare Analgesie der Unterschenkel (Mendel) und die Unempfindlichkeit des Ulnaris am Ellenbogen (Biernacki) zu erwähnen. Eine oft vorhandene allgemeine Abstumpfung oder Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit ist psychisch bedingt.

Die **trophischen Störungen** sind teils allgemeiner, teils umschriebener Art. Der allgemeine Ernährungszustand und das Körpergewicht zeigen in den mit lebhafterer Erregung einhergehenden Krankheitsstadien meist einen erheblichen Abfall, bei eintretender Beruhigung und fortgeschrittener Demenz dagegen einen ebenso erheblichen Anstieg. Demgegenüber bilden Fälle, in denen schon im Uebergang vom Initial- zum Höhestadium ein rapides Zunehmen des Körpergewichts auffällt, die Ausnahmen; dasselbe gilt von den Fällen, bei denen trotz durchweg ruhigen und affektlosen Verlaufes der Paralyse und bei genügender Nahrungsaufnahme dauernd ein mangelhafter Ernährungszustand besteht. Mit dem weiteren Fortschreiten gegen das Ende hin pflegt allgemein ein rapider Verfall einzutreten, der sich keineswegs immer aus gröberen körperlichen Störungen (Magen- und Darmkatarrhe, ungenügende Ernährung, Cystitis, Decubitus) erklären läßt.

Die umschriebenen trophischen Störungen betreffen vorzugsweise die Haut, die Muskeln, die Knorpel und Knochen. Als trophische Störungen der epidermoidalen Gebilde werden umschriebenes Ausfallen oder rapides Ergrauen der Kopf- und Barthaare; Farben- und Formveränderung, Atrophie, Ausfall der Nägel, regionäre Verdünnungen der Haut, Pigmenthyperthrophie (Nigrities), Herpes, Pemphigus, Zoster, Mal perforant du pied, Decubitus angeführt. Ein mit trophischen Störungen der Haut verbundener Juckreiz wird zuweilen auf behaarte Körperstellen lokalisiert gefunden und kann dann so quälend sein, daß die Kranken sich sämtliche Haare ausreißen (Trichotillomanie).

Der Decubitus ist wohl nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit auf trophische Einflüsse zu beziehen, wenn er bereits in einem verhältnismäßig frühen Krankheitsstadium, insbesondere im Anschluß an paralytische Anfälle, sich in akutester Weise entwickelt und rapid fortschreitet. — Dagegen beruht der früher fast regelmäßig als finale Erscheinung beobachtete Druckbrand wohl zweifellos auf äußeren

Einflüsse (Durchliegen infolge mangelhafter Pflege), wenn auch eine besondere Disposition dieser Kranken zu derartigen Störungen nicht von der Hand zu weisen ist.

An den Knorpeln und Knochen kommen besonders die Othämatome und die Rippenbrüche in Betracht.

Die Ohrblutgeschwulst (Othämatom) ist eine durch Bluterguß zwischen Perichondrium und Knorpel entstehende Geschwulst von Haselnuß- bis Wallnußgröße und meist fluktuierender Konsistenz. Sie sitzt meist an der vorderen, konkaven Seite der Ohrmuschel, und zwar mehr nach oben. Der Inhalt der Geschwulst besteht in den ersten Tagen aus reinem Blut, zeigt später eine mehr seröse Beschaffenheit und enthält reichlich Pigment und Detritus. Die Dauer der Affektion beträgt mehrere Wochen, eine vollständige Restitutio in integrum findet selten statt; in der Mehrzahl der Fälle kommt der Bluterguß zwar zur Resorption, aber Verdickungen der Weichteile und nachfolgende Narbenretraktion bewirken eine dauernde Verunstaltung der Ohrmuschel; diese bekommt „eine eigentümliche, wie zusammengebrochene Beschaffenheit" (Virchow). Seltene Ausgänge sind die in Vereiterung oder Verjauchung. Wenn zu ihrer Entstehung äußere Schädigungen auch wohl immer erforderlich sind, zu denen die Unruhe der Kranken und insbesondere Verletzungen (v. Gudden) reichliche Gelegenheit geben, so wird doch ihr Eintreten durch gewisse innere Momente begünstigt; von diesen kommt für die Entstehung der Othämatome eine abnorme Beschaffenheit des Ohrknorpels (Erweichung, Mürbheit, gelockerte Kohärenz) in Betracht, die es erklärt, wenn ein traumatischer Insult unter Zerreißung perichondraler Gefäße und Ergießung ihres Inhaltes in den Knorpel leicht eine totale Zertrümmerung der erkrankten Partie bewirkt (Fürstner). — An den Rippen konnte Campbell bei Paralytikern auf experimentellem Wege ein sehr erhebliches Sinken der Knochenfestigkeit feststellen. — An den Muskeln kommen gleichfalls Hämatome und Zerreißungen vor. — Von größerer Bedeutung sind die in einigen Fällen von Paralyse ohne Tabes festgestellten degenerativen Muskelatrophien (neuritische Prozesse).

Endlich sind ohne Einwirkung eines Traumas erfolgende Harnblasenrupturen bei Paralytikern mehrfach beobachtet.

Von **vasomotorischen Störungen** sind die intensive Beteiligung der Gefäße bei Affekten, die oft schon in frühen Stadien der Krankheit bestehende Intoleranz für kalorische Schädlichkeiten und für Spirituosen, die Neigung zu Fluxionen, das Auftreten von Taches cérébrales auf geringfügige kutane Reize zu erwähnen (Krafft-Ebing). Auch Cyanose und Oedem der Augenlider ist bei Paralytischen beschrieben und im Sinne vasoparalytischer Vorgänge gedeutet worden. Der Puls der Paralytiker hat meist den Typus des Pulsus tardus.

Störungen der Sekretion kommen nicht nennenswert in Betracht. In und nach Anfällen besteht zuweilen vorübergehend Albuminurie. Die Menstruation fand Jahrmärker bei Frauen zwischen 20 und 44 Jahren (29 Fälle) 26mal (90 %) gestört.

Die **Körpertemperatur** zeigt in vielen Fällen flüchtige, aber oft erhebliche fieberhafte Steigerungen, denen oft, aber keineswegs immer körperliche Anlässe (Koprostose, Blasenkatarrh, beginnende Pneumonie) zugrunde liegen. Insbesondere im Zusammenhang mit den paralytischen Anfällen kommt es infolge der Hirnerkrankung selbst zu Temperatursteigerungen. In den letzten Stadien der Krankheit

tritt nicht selten eine Temperaturerniedrigung auf 34° und darunter ein.

Die **cytodiagnostische Untersuchung** der Cerebrospinalflüssigkeit, die mit Hilfe der Quinckeschen Lumbalpunktionsmethode zuerst von Widal und seinem Schüler Ravaut, dann von zahlreichen anderen französischen Autoren geübt und ausgebildet und in neuerer Zeit auch in Deutschland allseitig in ihren Resultaten bestätigt worden ist, ergibt, daß bei der Dementia paralytica eine Lymphocytose, d. h. ein abnorm gesteigerter Lymphocytengehalt der Cerebrospinalflüssigkeit ein konstanter und, wie es scheint, frühzeitiger Befund ist. Der Grad der Lymphocytose schwankt sowohl bei demselben Falle in verschiedenen Krankheitsstadien als auch bei verschiedenen Kranken in weiten Grenzen. Im allgemeinen findet man die Lymphocyten gegenüber der Norm so erheblich vermehrt, daß Zweifel kaum entstehen können; doch kommen natürlich Grenzfälle vor. Als normalen Grenzwert nimmt Sicard das Vorhandensein von 3—4 Lymphocyten in einem Gesichtsfeld von 300—400facher Vergrößerung an. Feinere Untersuchungen der zelligen Bestandteile der Cerebrospinalflüssigkeit ergeben, daß nicht nur ihre Zahl, sondern auch ihre Mannigfaltigkeit viel größer ist als in der Norm; besonders wichtig ist das Vorkommen von Plasmazellen und Abbauzellen (Alzheimer).

Der Druck in der Hirnrückenmarkshöhle ist meist erheblich gesteigert, desgleichen der Eiweißgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit (Schaefer).

Die serologische Untersuchung ergibt bei 95% der Paralysen positive Wassermannsche Reaktion; auch das Blut der Paralytiker zeigt fast ausnahmslos Hemmung der Hämolyse.

Die Lumbalpunktion wird von Paralytikern meist so gut vertragen, daß dies der Diagnose zur Stütze dienen kann.

Krankheitsbilder und Verlaufsarten.

Wir besprechen hier die dem eigentlichen Krankheitsausbruch mehr oder weniger lange vorausgehenden (prämonitorischen) und **die Symptome des Anfangsstadiums** selbst gemeinschaftlich, da eine scharfe Trennung beider sich nicht durchführen läßt.

Die prämonitorischen Störungen, die Monate und Jahre vorhanden sein können, ehe die Dementia paralytica selbst manifest und diagnostizierbar wird, sind zum Teil sehr unbestimmter Art und werden deshalb erst nachträglich in ihrer Bedeutung erkannt. Häufig bestehen sie in lästigem und hartnäckigem Kopfdruck oder -schmerz, in Migräneanfällen, in reißenden, bohrenden usw. Schmerzen im Occipitalis-, Trigeminus- oder Extremitätengebiet, die zu zahlreichen erfolglosen Kuren Veranlassung geben, in Schwindel, Wallungen, Schwitzen, Herzklopfen usw. Nicht selten besteht auch eine allen Mitteln trotzende nächtliche Schlaflosigkeit oft mit ausgesprochener Schlafsucht am Tage. — Dazu kommen auf geistigem Gebiet schnellere Ermüdung, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, Unentschlossenheit, vermehrte gemütliche Reizbarkeit, mehr oder weniger ausgesprochenes Krankheitsgefühl, hypochondrische Selbstbeobachtung und Deutung abnormer Empfindungen, Angstzustände, kurz, es geht ein typischer neurasthenisch-hypochondrischer Zustand voran, der nichts Charakteristisches bietet. Zuweilen

empfinden die Kranken in dieser Phase die Herabsetzung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit mehr oder weniger deutlich und ahnen das bevorstehende schwere Leiden, das sie wohl auch mit seinem richtigen Namen bezeichnen; so kommt es öfters zu wohlüberlegten Selbstmordversuchen. Im allgemeinen ist es aber gerade auffallend, wie früh die Fähigkeit zur richtigen Beurteilung des eigenen Zustandes leidet.

Dies kann von praktischer Bedeutung werden, wie folgender Fall lehrt: Ein Herr der besseren Stände hatte zu einer Zeit, als schon gewisse schwere, ihrer Art nach aber zweifelhafte Veränderungen bestanden, für sich eine Lebensversicherung abgeschlossen. Bald darauf kam die Paralyse zum Ausbruch, an der er schnell starb. Die Gesellschaft erhob nunmehr den Einspruch, daß X. zu jener Zeit habe wissen müssen, daß er schwer krank sei, daß die Versicherung also auf falschen Angaben beruhe und ungültig sei. Auf Grund obiger Erwägung mußte die Zahlung erfolgen.

In anderen Fällen verbinden sich diese unbestimmten Symptome von vornherein oder nach kürzerem Bestehen mit charakteristischen körperlichen Frühsymptomen, oder es treten zu jenen besondere geistige Züge, die der reinen Neurasthenie nicht eigen sind. Hier kommen in Betracht auf körperlichem Gebiet: Veränderungen der Pupillen: wie träge oder aufgehobene Lichtreaktion bei einseitiger oder beiderseitiger Aenderung der Pupillenweite und -form (maximale Miosis, einseitige Mydriasis), die jahrelang das einzige Zeichen der organischen Erkrankung sein können; sodann vorübergehende, seltener dauernde Schwäche- und Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln, kurze Schwindelanfälle, momentane Sprachbehinderungen und andere abortive apoplektiforme oder epileptiforme Anfallserscheinungen, ferner beiderseitige und besonders einseitige Abschwächung oder Steigerung der Patellarreflexe, Abnahme der Potenz, Blasenstörungen usw. — Eine besonders charakteristische Gruppierung früher körperlicher Störungen stellt der tabische Symptomenkomplex dar, der in einer Reihe von Fällen den eigentlich paralytischen Zeichen vorausgeht. Alsdann gesellen sich zu den genannten Symptomen als weitere charakteristische Zeichen lancinierende Schmerzen, Gürtelgefühl und andere Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Opticusatrophie, Krisen usw.

In geistiger Beziehung ist besonders die Umwandlung der Persönlichkeit zu erwähnen, die sich zunächst nur in dem Auftreten kleiner, dem betreffenden Individuum sonst fremder Charakterzüge äußert. Einstweilen erscheinen diese der Umgebung meist wenig belangreich; ja die Veränderung wird wohl sogar mit Freuden begrüßt, wenn sie eine Verbesserung zu bedeuten scheint, insofern der bisher Eigenwillige und jeder Gefühlsäußerung Abgeneigte nunmehr nachgiebig und liebevoll, der Zurückhaltende und Verschlossene mitteilsam und zugänglich, der Allzuweiche und Bestimmbare scheinbar fest und energisch wird. Weiterhin tritt aber das Krankhafte dieser Wandlung immer deutlicher zutage. Die Weichheit wird zu schwächlicher Rührseligkeit, die Mitteilsamkeit zu geschwätziger Vertrauensseligkeit, die Festigkeit zu einsichtsloser Starrheit und Rücksichtslosigkeit. Auch die Reizbarkeit, die anfangs als Zeichen einfacher Nervosität aufgefaßt wurde, beginnt jedes Maß zu überschreiten; geringfügige Anlässe lösen unverhältnismäßig heftige Wutausbrüche aus; es kommt zu Mißhandlungen der Angehörigen, zu Konflikten mit Untergebenen und Vorgesetzten. Andererseits treten ebenso unmotivierte und schnell vorübergehende Zustände tiefster Depression auf.

Gleichzeitig hat, gleichfalls zunächst schleichend und kaum merklich, eine Abstumpfung der ethischen und ästhetischen Gefühle und Vorstellungskomplexe sich zu vollziehen begonnen: kleine Nachlässigkeiten der Toilette, Uneigenheiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens kommen vor. Im Gegensatz zu dem sonstigen taktvollen und rücksichtsvollen Benehmen läuft dem Kranken in seinen Aeußerungen ein gesellschaftlich verfehmter Ausdruck, eine unzarte Bemerkung mit unter, ohne daß er selbst dies bemerkt oder, darüber belehrt, die Ungehörigkeit entsprechend empfindet.

Die schriftlichen Aeußerungen lassen oft schon in diesem Stadium charakteristische Aenderungen erkennen. Zahlreiche Verbesserungen und Streichungen weisen darauf hin, daß die Kranken im Gegensatz zu ihrer sonstigen Gewandtheit sie nur mühsam fertig gebracht haben; insbesondere zeigt aber der Inhalt, die konventionelle Ausdrucksweise den nächsten Angehörigen gegenüber, die Anwendung allgemeiner Phrasen, das Verweilen bei gleichgültigen Nebenumständen, den allgemeinen geistigen Rückgang an.

Dieser verrät sich alsbald auch in dem sonstigen Verhalten der Kranken: Sie sind wohl noch imstande, die ihnen obliegenden Arbeiten auszuführen, soweit sie sich dabei in ausgeschliffenen gewohnten Bahnen bewegen; die Fähigkeit zu selbständiger Produktion ist aber schwer beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Die fernerstehende Umgebung bemerkt dies oft lange nicht, da die Kranken sich regelmäßig an ihrer Arbeitsstelle einfinden und nicht grob auffällig sind. Auch die Angehörigen können sich später oft nicht genug darüber wundern, wie „tadellos“ die Kranken bis zum letzten Augenblick gearbeitet haben. Tatsächlich stellt sich bei nachträglicher Prüfung aber doch meist heraus, daß sie zahlreiche Fehler und Unterlassungen begangen, sich in ganz unsinnige Unternehmungen eingelassen, ihre Unterschrift wahllos unter Bürgschaften und Wechsel gesetzt haben und infolge ihrer Bestimmbarkeit auch sonst in der mannigfaltigsten Weise mißbraucht worden sind, und es ist nur ein Zufall, daß der geistig bereits schwer geschädigte Kassierer, Kompagnieführer, Eisenbahnbetriebsbeamte usw. nicht längst schweres Unheil angerichtet hat.

Noch größer wird diese Gefahr in den Fällen, in denen sich alsbald eine große Ruhelosigkeit und Hyperaktivität entwickelt. Die Kranken beginnen heute dies, morgen jenes mit Feuereifer, um es alsbald wieder liegen zu lassen. Sie haben starke Neigung zur Ortsveränderung und verlassen unter Umständen triebartig ihren Wohnsitz, um zwecklos herumzuwandern (paralytische Fugues). Vielfach tritt auch sonst eine vermehrte Geschäftigkeit und Unternehmungslust hervor; die Kranken schreiben mehr als sonst, knüpfen mit fremden Leuten intime Beziehungen an (Verlobung), erzählen ganz Fernstehenden oder Untergebenen ihre intimsten Angelegenheiten, geben über ihre Verhältnisse Geld aus und zeigen insbesondere vielfach eine gesteigerte Libido sexualis, der sie unter Außerachtlassung einfachster ästhetischer Rücksichten nachgeben.

In anderen Fällen sind es wiederum die Zeichen der Depression und Hemmung, die immer mehr hervortreten und sich mit mannigfachen hypochondrischen, melancholischen, seltener persekutorischen Befürchtungen und Wahnideen verbinden. — Endlich bleibt es in einer dritten Gruppe bei einfacher, sich immer mehr vertiefender Apathie oder euphorischer Demenz.

Daneben bestehen auf körperlichem Gebiet die früher besprochenen

Störungen in verschiedenen Kombinationen; insbesondere pflegen die Veränderungen der Pupillenreaktion und der Patellarreflexe, oft auch die der Sprache schon deutlich nachweisbar zu sein.

Gleichwohl wird die Krankheit in diesem Stadium sehr oft verkannt. Bestenfalls kommen die Kranken in allgemeine Krankenhäuser oder — soweit sie begütert sind — in offene Sanatorien, in denen sie sich eine Zeitlang halten, schließlich aber durch ihre Unfähigkeit, sich in die Hausordnung zu fügen, durch ihr saloppes Wesen, durch Konflikte mit den anderen Kranken, durch die schamlose Anknüpfung sexueller Beziehungen mit dem Küchenpersonal usw., oder auch durch ihre im allgemeinen stärker hervortretende expansive oder depressive Erregung, durch Gewalttaten oder Selbstmordversuche usw. unmöglich machen.

In dem **Stadium der vollentwickelten Krankheitserscheinungen** ist an Stelle des im Anfang häufig vorhandenen Krankheitsgefühls in vielen Fällen ein gesteigertes Kraft- und Gesundheitsgefühl getreten; doch kommen gelegentliche Aeußerungeu, wie: „ich kann nichts mehr denken", „mit mir ist es aus", „ich bin (oder werde) ja wahnsinnig", wohl auch jetzt noch vor. Die fortschreitende Urteilsschwäche im Verein mit der eigenartigen Bewußtseinsstörung macht sich in der Unfähigkeit, den eigenen Zustand und die sämtlichen Beziehungen zur Außenwelt richtig zu erfassen, immer mehr bemerkbar. Die manisch errregten Kranken kommen unter lebhaftem Protest in die Anstalt und erklären, sofort wieder abreisen zu wollen, packen aber gleichzeitig ihre Sachen aus und lassen sich unschwer von einem selbst gesetzten Termin zum anderen hinhalten. Die inzwischen oft sehr hochgradig gewordenen körperlichen Lähmungserscheinungen kommen ihnen nicht mehr zum Bewußtsein oder werden von ihnen mit einigen schwächlichen Erklärungsversuchen oder Scherzen abgetan. Auch gebildete Kranke, die die Bedeutung der verschiedenen Symptome früher gekannt haben, lassen die entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ohne Anteilnahme an sich vornehmen, als beträfen diese eine ganz andere Person. Besonders auffällig erscheint es, wenn diese äußerlich oft noch ganz geordneten und scheinbar besonnenen Kranken bei lautem Vorlesen zuweilen den größten Unsinn produzieren, ohne selbst das Geringste davon zu merken. Auch sonst machen sie ungenaue und lückenhafte Wahrnehmungen und übersehen wichtige Einzelheiten. Dabei tritt zuweilen eine auffällige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit mit Neigung zum Fabulieren auf, während der gedächtnismäßige Erwerb früherer Zeiten lange erhalten bleiben kann. Fischer hat neuerdings über Fälle berichtet, bei denen diese Merkfähigkeitsstörung an Intensität hinter den bekannten Befunden bei amnestischer (Korsakowscher) Geistesstörung (vgl. den Abschnitt: „Alkoholpsychosen") nicht zurückstand. Die Störung der Merkfähigkeit wird übrigens wohl vielfach durch die Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit der Kranken nur vorgetäuscht; man ist oft überrascht, in späteren Phasen bei vorgeschrittenerem Schwachsinn die Merkfähigkeit auffällig gut zu finden. Die Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen äußern sich in ganz unzutreffenden Berichten über tatsächliche Erlebnisse, in unbegründeten Beschwerden über das Personal usw.

Unter diesen Umständen leidet die zeitliche und örtliche Orientierung in zunehmendem Grade. Sie verwechseln Zahlen und

vermögen Ausführbares und Unausführbares nicht mehr zu unterscheiden, finden sich in neuen Umgebungen nicht mehr zurecht, verlaufen sich auf einfachen Wegen, geraten im Hotel in fremde Zimmer usw. — Der sukzessiven Weiterentwicklung der geschilderten Störungen entsprechend zeigt das allgemeine Verhalten und das Handeln der Kranken vielfache Auffälligkeiten: sie begehen die gröbsten gesellschaftlichen Verstöße, erscheinen mit dem Hut auf dem Kopfe, mit der Zigarre im Munde bei der Mittagstafel, trinken ihrem Nachbar seinen Wein aus und werden über die Maßen grob, wenn ihnen dies gewehrt wird. Sie erscheinen mit offenen Hosen im Salon, verrichten ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung, z. B. auf öffentlichen Plätzen, von der Plattform der Straßenbahn aus, begehen schamlose Exzesse usw.

Immer mehr gewinnt der Zustand den Charakter der geistigen Verödung. Die Kranken vermögen die Wirklichkeit nicht mehr aufzufassen, die Bilder der liebsten Angehörigen verblassen, das Interesse für die eigene Familie erlischt. Nichtige Kleinigkeiten, wie z. B. das Zählen ihrer Zigarren, Sammeln von Zeitungen, Ein- und Auspacken ihrer Sachen füllen ihren Tag vollständig aus; dabei suchen sie vielfach etwas, was sie gerade in der Hand haben, alarmieren mitten in der Nacht das ganze Haus, weil sie sofort abreisen wollen, legen sich am hellen Tage völlig angekleidet ins Bett oder setzen sich halbnackt zum Schreiben oder Essen an den Tisch usw. — Oft besteht neben großer Lenksamkeit eine exzessive Reizbarkeit, die bei Gelegenheit einer verweigerten Bitte ganz plötzlich in gefährlicher Weise zum Ausdruck kommt. So riß einer meiner Kranken, der sich nachts über einen Pfleger aufgeregt hatte, plötzlich sein Hemd entzwei und versuchte sehr ernsthaft, jenen zu erdrosseln.

Die geschlossenen psychotischen Zustandsbilder, die auf der vorstehend gezeichneten Grundlage auftreten, können durch entsprechende Stimmungsanomalien, Wahnideen und Halluzinationen, Verwirrtheit, motorische Erregung und Hemmung fast alle bekannten funktionellen Psychosen vortäuschen. Dementsprechend kann man rein äußerlich eine expansive (manische), depressive (hypochondrisch-melancholische), zirkuläre, katatonische, deliriöse, wohl auch paranoide Form der Paralyse unterscheiden. Wie den anderen Psychosen, so kann auch dem psychischen Bilde der Dementia paralytica durch die individuelle Eigenart des betreffenden Kranken wenigstens in den ersten Krankheitsstadien eine besondere Färbung verliehen werden. — Jenen sehr mannigfaltigen Formen steht die große Gruppe der Fälle gegenüber, in denen die fortschreitende psychische Schwäche das Bild beherrscht und Erregungen, Wahnideen usw. nur ganz episodisch vorkommen: demente Form der Paralyse.

Auch bei den abwechslungsreichen Formen der zuerst genannten Art findet man aber vielfache Uebergänge und unvermittelten Wechsel entgegengesetzter Stimmungen und Vorstellungsinhalte, so daß derselbe Kranke heute manisch, morgen hypochondrisch oder melancholisch erscheinen kann. Eine eigentliche Abgrenzung jener Formen läßt sich also ebensowenig geben wie eine erschöpfende Darstellung der mannigfachen Spielarten, die hier in Frage kommen.

Die **expansive Form** der Dementia paralytica charakteri-

siert sich in ihren reinsten Typen als ein manieartiges Zustandsbild mit blühendem Größenwahn. Vielfach steigt die obenerwähnte Vielgeschäftigkeit und Hyperaktivität plötzlich zu voller Tobsucht an. In anderen Fällen ist ein ganz allmähliches Zunehmen der Erregung zu beobachten: nach einem einleitenden Stadium der beschriebenen Art tritt eine auffällige Euphorie ein. Alles erscheint dem Kranken rosig und hoffnungsvoll; er fühlt sich überkräftig, so gesund wie niemals; er rühmt seine Talente und Fertigkeiten, hat die größten Pläne, die er sofort in die Tat umzusetzen sucht. Er schreibt, telegraphiert, telephoniert nach allen Richtungen, kauft was ihm gefällt, auch ganz nutzlose Dinge, und kommt so zu Ausgaben, die seine Mittel weit überschreiten, macht Geschenke aller Art, veranstaltet Festlichkeiten, zu denen er alle Welt einladet. Allmählich gehen seine Projekte immer mehr ins Ungemessene: gleichzeitig steigert sich das Gefühl der eigenen Bedeutung in entsprechender Weise. Die Ausgestaltung des Größenwahns richtet sich im einzelnen nach der Individualität des Kranken. Im allgemeinen hält sich der Größenwahn der paralytischen Frauen in bescheideneren Grenzen und betrifft mehr interne Angelegenheiten, während der der Männer die Erde und den Himmel umfaßt. Die Kranken entwerfen die kühnsten Baupläne und Weltverbesserungsprojekte, sie korrespondieren mit Königen und Kaisern wie Gleichberechtigte. Sie erfinden neue Geschosse und kugelsichere Panzer von fabelhafter Konstruktion, besitzen ein Mittel, alle Menschen wunderbar schön und 20 Fuß lang zu machen. Sie haben 75000 Milliarden, ganze Berge von Gold. Ihnen gehört „das Brandenburger Tor in Berlin und Unterboihingen". Sie sind überall in der Welt gewesen, in Samoa, China, Sumatra „und Wiesbaden". Sie schaffen in dem von ihnen gegründeten Zukunftsstaat alles Geld und alle Steuern ab, verwenden das Silber und das Gold nur noch als Baumaterial, haben ein vierzigstöckiges Haus für 300 Mark gebaut, lassen die Sonne stehen und rückwärts gehen, ernennen Kaiser und Könige, senden auf telegraphischem Wege ganze Eisenbahnzüge in 1 Minute nach Transvaal, schenken dem Kaiser 50 Kruppsche Kanonen, 1000 Linienschiffe, verheiraten sich gleichzeitig mit einer Serbin, einer Baronesse und einer Konfektioneuse — sie sind selbst „Kaiser von Süddeutschland, Schützenkönig von Europa und Obersteiger der Feuerwehr", Reichskanzler von Spanien, Weltpostmeister, Admiral der afrikanischen Flotte, Gesandter des Papstes, Huß, Luther, Papst, Gott, mehr als Gott, Athleten, wunderbar gebaut, haben unzählige Kinder gezeugt, alle Krankheiten gehabt, alle Bazillen getrunken, entleeren unendliche Mengen Stuhlgang, wiegen 1000 Zentner, haben ein Hirngewicht von 90000 Kilo, liegen im Schlaf so ruhig, daß jeder denkt, sie seien tot. Oder sie bezeichnen sich auch als die größten Verbrecher, „Kneisel", sechsfache Raubmörder, haben ganze Möbelwagen für die Fortschaffung der von ihnen Ermordeten gebraucht usw.

Ein gebildeter Paralytiker meiner Beobachtung schrieb in diesem Stadium folgenden charakteristischen Brief:

„Tübingen, 21. VI. 01. Psychiatr. Klinik.

Ihre Durchlaucht Frau Prinzessin X.

Stuttgart, Xstraße 54 pt.

Ich erlaube mir höfl. bei Ihnen anzufragen, ob Sie 4 Zimmer möbliert zu vermieten haben. Ich habe meine Möbel in London bestellt

und fallen dieselben großartig aus. Ferner 80 egypt. weiße Esel aus dem Nachlaß der seligen Königin Viktoria. Dürfte ich Durchlaucht um Ihre Hand anhalten!! Ferner bestelle ich in Marokko, wo ich vor 3 Jahren 2 Feldzüge gegen Beduinen mitmachte u. 2 Schüsse in die Brust u. in den Oberschenkel bekam —

4 Berberhengste schwarz
4 Berberstuten weiß.

Ferner kämpfte ich unter Menelik von Abessynien gegen die Italiener, erhielt eine Kugel Streifschuß an den Kopf u. 3 Schüsse in die Brust; Ich sagte dann Prosit Mahlzeit. Ich war Mayor u. erhielt verschiedene Tapferkeitsmedaillen u. die höchsten Orden u. von Abessynien eine Pension von L. 100000, von Marocco eine solche von Lire 80000, nebst Orden, seltene Waffen u. Rüstungen, sowie die schönsten Seidenwaaren.

Mein jährl. selbstverdientes Einkommen ist Millionen durch großartige Erfindungen, die ich hier in der Langeweile machte (man darf hier mit keinen Damen verkehren) weshalb ich zu Professor X gehe wie gesagt die großartigen welterschütternden eigenen Erfindungen wird sich mein jährl. Einkommen vielleicht auf 80 Millionen stellen. In Spanien sind große Goldfelder entdeckt worden u. fahre ich nächste Woche mit m. Bruder dahin, um für 5 Millionen Pesetas Grund und Boden zu kaufen. Bin Reserveleutnant der Totenkopfhusaren u. trete aktiv 1. Okt. dabei ein.

Verzeihen Sie bitte das Schreibpapier, aber man bekommt hier kein besseres u. in die Stadt dürfen wir nicht.

Mit vollkommener Hochachtung verbleibe ich

Durchlaucht Ihr ganz ergebener

Dr. Artur Achilles Hektor Leo Hans
Edgar Cecil Lionel Judah Baron ben Halury
päbstl. Graf von Caserta
Graf von Waldkirch."

Meist lassen sich die Kranken in bezug auf die weitere Ausgestaltung dieses Größenwahns durch Suggestion leicht beeinflussen. Sie selbst halten die betreffenden Ideen nur kurze Zeit fest und bringen immer neue hervor, ohne den Widerspruch zwischen ihrer Umgebung und Behandlung und ihrer vermeintlichen Macht und Würde zu bemerken. Nicht selten verbinden sich mit den Größenwahnvorstellungen hypochondrische Wahnideen. Zuweilen nehmen diese Formen weiterhin einen akuten stürmischen Verlauf, in dem die Kranken rasch zugrunde gehen (agitierte Paralyse vgl. unten die atypischen Formen).

Die **depressive Form** ist charakterisiert durch unsinnige hypochondrische, melancholische und persekutorische Vorstellungen bei entsprechend trauriger Gemütslage. Die Kranken erscheinen mehr oder weniger ängstlich gehemmt, scheu. Sie klagen über mannigfache peinigende Empfindungen; meinen, unheilbar krank, innerlich verfault zu sein, kein Gehirn, keine Lunge, keine Zähne, keine Nase usw. mehr zu haben, innerlich zugewachsen, ganz leer zu sein usw. Sie behaupten, seit 5 Jahren nichts mehr gegessen, keinen Stuhlgang gehabt zu haben; sie haben einen falschen Kopf auf, Hühnerhirn darin, keinen Hinteren, sind ganz klein und zusammengeschrumpft, nur ein Punkt, gar nicht mehr vorhanden (negativer Größenwahn, L. Meyer). — Vielfach überträgt sich diese Empfindungs-

weise auch auf die Außenwelt: die Kranken behaupten, es sei alles um sie herum scheußlich entstellt, tot, es existiere gar nichts mehr auf der Welt, kein Essen, kein Löffel, kein Stuhl usw.

Melancholische Vorstellungen können sich mit diesen hypochondrischen verbinden oder seltener für sich allein auftreten. Die Kranken machen sich Vorwürfe über frühere Verfehlungen und äußern Versündigungsideen, die sich zunächst von denen der Melancholie nicht wesentlich zu unterscheiden brauchen, weiterhin aber auch durch ihren unsinnigen, ungeheuerlichen Inhalt gekennzeichnet sind: sie sind die größten Verbrecher, haben alle Sünden der Welt begangen, „die ganze Welt ermordet und zugrunde gerichtet“. — Vielfach knüpft sich daran die weitere Vorstellungsreihe, durch Polizei abgeholt, verurteilt, in der grausamsten Weise gemartert und getötet zu werden.

Endlich kommt es bisweilen zur Entwicklung persekutorischer Vorstellungen, die gleichfalls sowohl durch ihren abenteuerlichen, aller Vernunft widersprechenden Inhalt, wie durch den Mangel ihrer gegenseitigen Verknüpfung und durch ihre Unbeständigkeit den Ursprung aus geistiger Schwäche meist bald erkennen lassen.

Zuweilen treten interkurrent lebhafte halluzinatorische Verwirrtheits- und Erregungszustände auf, in denen die Kranken für sich und andere gefährlich werden können. Die Delirien der Paralytiker verlaufen mit schwerer Auffassungs- und Orientierungsstörung, lebhaften Halluzinationen, Zittern, Beschäftigungsdrang, Schlaflosigkeit, teils ängstlicher, teils euphorischer Stimmung. — Auch katatonische Symptome (Stupor, Bewegungsstereotypien, Negativismus usw.) werden nicht selten beobachtet.

Die beschriebenen Zustände können längere oder kürzere Zeit anhalten. Zuweilen treten die Wahnideen und die lebhafteren Stimmungsanomalien dann zurück, nicht selten im Anschluß an einen paralytischen Anfall, und die Kranken bieten nun bis zum Ende das Bild einfacher fortschreitender Verblödung. Sehr oft vollzieht sich aber die Entwicklung der Dementia paralytica bis zu dem jetzt noch zu besprechenden Endstadium nicht gleichmäßig fortschreitend, sondern unter zeitweiligen Stillständen oder Nachlässen der Krankheitserscheinungen, den sog. **Remissionen,** die, abgesehen von dem Endstadium, zu jeder Zeit eintreten können und wahrscheinlich auch im Vorstadium nicht selten sind. Ueber die Häufigkeit der Remissionen bei den verschiedenen besprochenen Formen lassen sich sichere Angaben nicht machen; im ganzen sind sie bei den Fällen mit ausgesprochener Erregung häufiger als bei der depressiven und dementen Form. Das Eintreten einer vollen Remission erfolgt meist allmählich, während die Beruhigung des aufgeregten Kranken oft sehr schnell, von einem Tage zum andern erfolgt. — Der Grad der Remission kann sehr verschieden sein. In einem Teil der Fälle beruhigt sich der aufgeregte Kranke, aber die Demenz und die Lähmungserscheinungen bestehen fort; in einem anderen treten alle Symptome etwas zurück, ohne aber zu verschwinden. In einer dritten Reihe von Fällen verschwinden in der Tat alle Symptome, die geistigen wie die körperlichen; der Kranke gilt für gesund und kann unter Umständen in seinen Beruf zurückkehren. Den nächsten Angehörigen fällt indessen wohl auch hierauf, daß er in intellektueller und gemütlicher Beziehung ein anderer

geworden ist. Auch die richtige Krankheitseinsicht fehlt meist in der Remission.

Die Dauer dieser Nachlässe beträgt meist Monate, es sind aber auch solche von mehrjähriger Dauer keine große Seltenheit. Mit dem Schwinden der Remission setzt die Krankheit meist genau da wieder ein, wo sie latent geworden war.

Das **Endstadium der Dementia paralytica** ist das des geistigen und körperlichen Verfalls. Die Kranken werden immer vergeßlicher und zerfahrener; sie verlieren den Rest von Orientierung, den sie vielleicht bis dahin noch hatten, zeigen keine Spur von Interesse mehr für die eigenen Angehörigen, bringen längst Verstorbene und noch Lebende in ihren Gedanken durcheinander; schließlich kennen sie sich selbst nicht mehr, vergessen ihr Alter, ihren Namen. Die Verständigung mit ihnen hört auf, weil sie den Sinn der an sie gerichteten Fragen nicht mehr verstehen können. Nur kümmerliche Reste der früheren Wahnideen tauchen in den zusammenhanglosen und kaum verständlichen Aeußerungen der Kranken noch hin und wieder auf, bis schließlich mit dem völligen Veröden des Vorstellungsschatzes auch die sprachlichen Aeußerungen gänzlich aufhören. Eine Zeitlang vermögen äußere Reize, wie ein Stück Kuchen, eine Zigarre, noch Reaktion hervorzurufen; später ist auch das nicht mehr der Fall, sie leben völlig teilnahmlos und stumpf dahin, stopfen sich in den Mund, was sie in die Hände bekommen, müssen wie kleine Kinder gefüttert werden und lassen Stuhl und Urin unter sich. Vielfach bestehen allerhand Zwangsbewegungen und Haltungs- oder Bewegungsstereotypien, wie Kratzen, unermüdliches Hin- und Herlaufen usw. Schließlich tritt ein entsprechender körperlicher Verfall ein. Die Kranken zeigen hochgradige Abmagerung, erleiden trophische Störungen der früher besprochenen Art, bekommen bei geringen äußeren Schädlichkeiten Rippenbrüche und Decubitus, der rasch in die Tiefe fortschreitet und durch seinen Gestank die Luft weithin verpestet.

Die Kranken, die nicht vorher infolge paralytischer Anfälle oder Erstickung beim Essen zugrunde gegangen sind, sterben im Endstadium an Marasmus, Sepsis (vom Decubitus aus), Schluckpneumonie, nicht selten auch an Tuberkulose.

Die im vorstehenden geschilderte Erscheinungs- und Verlaufsweise entspricht der großen Mehrzahl (etwa 80 %) der Fälle von Dementia paralytica. Als wesentliche Kennzeichen haben wir eine langsam zunehmende eigenartige Verblödung mit charakteristischen körperlichen Symptomen kennen gelernt.

Folgende, durch verschiedene Abweichungen charakterisierte Formen können als **atypische Fälle der Dementia paralytica** zusammengefaßt werden:

1. Die akuten (froudroyanten oder galoppierenden) Paralysen.

Wir verstehen unter dieser Bezeichnung jene Fälle, in denen nach sehr geringen einleitenden Störungen oder ganz ohne solche manische und deliriöse Zustände von vornherein das Bild beherrschen. Es entwickelt sich rasch ein unsinniger Größen-

wahn mit großer motorischer Erregung und zeitweiliger ideenflüchtiger Verworrenheit, Reizbarkeit und Gewalttätigkeit. — Die schwersten Fälle dieser Art mit der außerordentlichen Erregung und Unruhe, schweren Benommenheit, den motorischen Reizerscheinungen in Form allgemeinen Schütteltremors, Grimassierens, choreatischer Zuckungen, wilder Jaktation entsprechen dem Delirium acutum (vgl. den Abschnitt: Delirien). Die Krankheit nimmt meist einen sehr raschen, tödlichen Verlauf. Indessen scheint die heutige Behandlung mit Bettruhe und Dauerbädern auch diesen Formen gegenüber nicht ohne günstigen Einfluß zu sein, da sie wohl im ganzen seltener geworden sind und öfters gutartig (mit Ausgang in Remissionen oder in chronische Formen) verlaufen. Außer diesen Fällen gibt es solche, in denen eine zunächst chronisch einsetzende agitierte, seltener depressive Paralyse weiterhin durch das Eintreten exzessiver psychischer und nervöser Erregung mit plötzlichem Zusammenbruch einen meist rasch zum Tode führenden akuten Abschluß erhält. — Hier sind endlich auch die seltenen Fälle zu erwähnen, in denen sich in den Verlauf einer Paralyse als Episode ein Zustandsbild einschiebt, das die größte Aehnlichkeit mit einem Trinkerdelirium hat, obwohl Alkoholismus sicher auszuschließen ist (paralytisches Delirium).

2. Die stationären Paralysen.

Man versteht hierunter Fälle von schleichender Entwickelung und sehr langsam unter langen Stillständen fortschreitendem Verlauf, in denen sowohl die geistigen als auch die körperlichen Erscheinungen wenig ausgeprägt sind. In ersterer Beziehung behalten die Kranken gewisse einfache Fähigkeiten und Interessen, sind aber doch deutlich stumpf, gedankenlos und unfähig zu regelrechter Beschäftigung. Die charakteristischen körperlichen Störungen wie Sprachstörung, Lähmungserscheinungen, sind nur angedeutet, dagegen besteht öfters reflektorische Pupillenstarre oder Trägheit. Von Zeit zu Zeit können heftige Erregungszustände eintreten, die aber verhältnismäßig rasch vorübergehen. Auch apoplektiforme Anfälle mit nachfolgenden, aber gleichfalls rasch wieder verschwindenden Lähmungserscheinungen scheinen nicht selten zu sein. — Anatomisch sind diese Fälle durch die Geringfügigkeit der charakteristischen mikroskopischen Veränderungen gekennzeichnet.

Hierher gehören auch gewisse Fälle in denen sich zu einer Tabes Paralysen von exquisit chronischem Verlauf hinzugesellen. Der geistige Defekt kann hier jahrelang nur die feineren ethischen und ästhetischen Gefühle und Vorstellungen betreffen, während ausgesprochene Urteilsstörungen und Gedächtnisdefekte nicht nachweisbar sind.

3. Die Paralyse mit Herderkrankungen (Lissauersche Paralyse).

Der allgemeine geistige und körperliche Verfall schreitet auch hier sehr langsam fort; die Demenz erreicht erst spät erheblichere Grade, sie ist partieller, aus anderen Defekten zusammengesetzt, mehr der Demenz bei Hirnherderkrankungen ähnlich. Die Krankheit verläuft mit Schüben und Nachlässen. Im Vordergrund stehen cortikale Herdsymptome (Aphasie, Hemianopsie, Rindenlähmungen), die oft im Anschluß an apoplektiforme Anfälle auftreten. Die paralytische Erkrankung läßt das Stirnhirn relativ

frei und betrifft ganz überwiegend die hintere Hälfte des Gehirnmantels, wo sie oft in einem ganz umschriebenen Windungsgebiet einer Seite besonders schwere Zerstörungen macht.

4. Die Frühformen der Paralyse.

Die Krankheit entwickelt sich meist in den Entwicklungsjahren (etwa zwischen dem 12. u. 17. Lebensjahre), oft aber auch schon in den Kinderjahren, auf dem Boden meist kongenitaler Lues, vielfach bei originär schlecht veranlagten, körperlich und geistig minderwertigen Individuen. Sie befällt beide Geschlechter mit annähernd gleicher Häufigkeit. Das klinische Bild ist fast immer das der einfachen Demenz, selten kommt es zu Erregungszuständen und charakteristischen Wahnideen (Größenideen, hypochondrische Vorstellungen). Paralytische Anfälle epileptiformer Art pflegen sehr häufig zu sein. Die Krankheit zeigt hier nicht die der Dementia paralytica sonst eigene Neigung zu Remissionen; der Verlauf ist ein langsam fortschreitender, oft über 4 und mehr Jahre hingezogener. Für die klinische Diagnose ist in den Fällen, in denen Schwachsinn und epileptische Anfälle das Bild beherrschen, die cytologische und serologische Untersuchung entscheidend. Der anatomische Befund entspricht dem bei der gewöhnlichen Paralyse.

Pathologische Anatomie.

Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica setzt sich zusammen aus makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen. Der Schwerpunkt für die anatomische Diagnose ist auf die letzteren zu legen.

Die harte Hirnhaut ist oft in mehr oder weniger großer Ausdehnung mit dem Schädeldach verwachsen und zeigt zarte, schleierartige Auflagerungen, zuweilen auch dicke mehrschichtige Schwarten oder frische Blutextravate an ihrer Innenfläche (Pachymeningitis interna, Hämatom der Dura). — Die weichen Hirnhäute sind mehr oder minder verdickt und getrübt besonders längs der größeren Venen, an der medialen Hemisphärenkante, im Gebiet der Fissura Sylvii, des Chiasma, des Foramen Magendi und der Fissura cerebri transversa. Die einander zugekehrten Flächen der Pia sind zuweilen in den Furchen, zwischen den Lappen miteinander verklebt, die Pia auch mit der Hirnoberfläche durch zarte Adhäsionen oder auch flächenhaft verwachsen und oft nicht ohne Verlust von Hirnsubstanz abziehbar. Die Veränderungen der Pia zeigen meist eine bestimmte Verteilung; sie sind am stärksten über dem Stirn- und Scheitelhirn (auch an ihren mediären Flächen), wenig ausgesprochen über dem Schläfenhirn, am wenigsten über den Hinterhauptslappen, zuweilen auch nicht auf beiden Seiten gleich stark. — Mikroskopisch finden sich in der Pia Vermehrung des Bindegewebes, herdartige Infiltrationen mit Lymphocyten und Plasmazellen (s. unten).

Am Gehirn sind atrophische Veränderungen oft schon mit bloßem Auge erkennbar; es erscheint besonders in seinem vorderen Teil reduziert, zeigt erhebliche Gewichtsabnahme (bis zu einem Gewicht von 1000 g und darunter, statt der Normalwerte von 1360 g beim Manne, 1220 g beim Weibe), die fast nur die Hemisphären und hier vorzugsweise die Stirnlappen betrifft. Die Win-

dungen sind zum Teil kammartig verschmälert, zeigen stellenweise Einsenkungen; die Furchen sind verbreitert, klaffend. Die Rinde erweist sich auf dem Durchschnitt mehr oder minder verschmälert und ist stellenweise mit der Pia fest verwachsen. Die Atrophie betrifft vorzugsweise das Stirnhirn. — Die Ventrikel sind vielfach erweitert und enthalten vermehrte Flüssigkeit (Hydrocephalus internus). Das Ventrikelependym ist besonders in der Gegend der Striae corneae, des Foramen Monroi, vor allem aber im IV. Ventrikel mit feinen oder gröberen Granulationen bedeckt (Verlust des Epithels, Wucherung der Neuroglia).

Die mikroskopische Untersuchung ergibt in der Rinde Veränderungen der nervösen Substanz, der Neuroglia und der Gefäße.

An den Nervenzellen unterscheiden wir mit Nissl als geringere, d. h. das Leben der Zelle noch nicht unbedingt zerstörende Veränderungen: die akute Schwellung und die chronische Sklerose, andererseits als stärksten Grad die sogenannte schwere Veränderung. Die Nervenfasern zeigen in allen länger dauernden Fällen ausgebreiteten Schwund, besonders im Gebiet der Tangentialfasern und des supraradiären Flechtwerks, weniger in dem der Radiärfasern. Außerdem sind oft in den tieferen Rindenschichten da und dort helle Flecke sichtbar, an denen ein circumscripter stärkerer Faserschwund stattgefunden hat. Auch die feinen Fibrillen gehen innerhalb und außerhalb der Zellen zugrunde. — Die geschilderten Zellveränderungen können zwar über die ganze Rinde gleichmäßig verteilt sein oder sich in unregelmäßiger Weise bald da bald dort lokalisieren, meist zeigen sie aber ebenso wie der Faserschwund eine gewisse Gesetzmäßigkeit der Verteilung, indem sie die Rinde des Stirnlappens, Scheitellappens und zuweilen auch des Schläfenlappens stärker beteiligen, den Hinterhauptslappen (fissura calcarina) und die vordere Zentralwindung aber auffallend wenig schädigen. —

Die Neuroglia wuchert überall, wo Nervengewebe zugrunde gegangen ist; es kommt zur Vermehrung der Gliazellen, die im Präparat an massenhaften Gliakernen erkennbar ist, und zu reichlicher Faserbildung. Diese Wucherung ist am stärksten innerhalb der die Rindenoberfläche abgrenzenden Gliahülle, ferner in den Gliascheiden der Gefäße.

Die Blutgefäße der Rinde zeigen endlich besonders charakteristische Veränderungen. Es kommt zur Wucherung der Endothelien und Gefäßneubildung durch Sprossung und Vascularisierung der gewucherten Intima. Vielfach sieht man stark erweiterte Kapillaren, oft in eigentümlicher Aufknäuelung. Ganz besonders wesentlich ist aber die zellige Infiltration der adventitiellen Lymphscheiden, welche selbst erweitert sind. Man findet hier Lymphocyten und Plasmazellen (rundliche oder auch länglich-eckige Gebilde mit einem meist gegen die Mitte hin gelegenen hellen Hof). Die Plasmazellen sind in den Adventitialscheiden vielfach so zahlreich vorhanden, daß sie die betreffenden Gefäße geradezu mantelartig umgeben, dagegen findet man sie sonst im Rindengewebe nur vereinzelt und auch dann in der Nähe der Gefäße.

Gleichfalls meist in der Nähe der Gefäße trifft man endlich als gleichfalls wesentlichen Befund die sogenannten Stäbchenzellen (Nisse), langgestreckte, sehr schmale Gebilde. Die Gefäß-

infiltrationen finden sich wiederum am stärksten in der Stirnrinde, um gegen das Hinterhaupt hin schwächer zu werden oder gänzlich zu fehlen.

Betrachten wir dieses aus Veränderungen an den nervösen Gebilden, der Neuroglia und den Gefäßen zusammengesetzte Bild der paralytischen Rindenerkrankung als Ganzes, so stellt es sich verschieden dar, je nachdem es sich um Fälle von akuterem oder ausgesprochen chronischem Verlauf handelt. In den Fällen mit stürmischem Verlauf überwiegen die entzündlichen Vorgänge, insbesondere die Infiltrationen der Lymphscheiden, und auch von den nervösen Elementen zeigen die Nervenzellen die Veränderung der akuten Schwellung, während eigentliche Ausfälle nervöser Substanz noch wenig erkennbar sind. Von hier führen fließende Uebergänge zu den langsam verlaufenden Fällen, in denen der Zell- und Faserschwund und die Gliawucherung das Bild beherrscht, die Gefäße und die Zellinfiltrate aber, abgesehen von zerstreuten frischeren Erkrankungsherden, schon deutliche Rückbildungsvorgänge zeigen, die sich insbesondere an den Plasmazellen als Pigmentdegeneration und Vakuolisierung kundgeben und schließlich zum fast vollständigen Verschwinden der Infiltrate führen. Dazwischen liegt die große Masse der Fälle, in denen wir die charakteristischen Veränderungen nebeneinander finden.

Der Untergang der Nervenzellen macht sich durch Lücken bemerkbar, die durch gewucherte Glia und Gefäße ausgefüllt sind. Vielfach liegen die Zellen aber auch enger zusammen, was auf den Schwund des grauen Netzes innerhalb der Rinde hinweist. So kommt es zunächst zur Störung des regelmäßigen Aufbaus der Rinde (Verzerrung des Rindenbildes), die Zellen stehen schief und unregelmäßig da. Bei noch stärkerem Ausfall nervöser Substanz schrumpft die Rinde schließlich zu einem schmalen Saum zusammen, der Rindenaufbau ist völlig zerstört, man sieht fast gar keine Nervenzellen mehr. Die zellige Infiltration der Gefäße und der Pia ist dann nur noch wenig ausgesprochen, auch die Glia zeigt rückschreitende Veränderungen; einzelne Stellen, namentlich um die Gefäße herum, können dabei ganz an Narben erinnern. (Alzheimer, Kraepelin).

Was die Bedeutung dieser Befunde und ihr Verhältnis zueinander betrifft, so sind weder die Veränderungen an den Nervenzellen, noch der Faserschwund für die Paralyse charakteristisch, da die ersteren bei zahlreichen anderen Krankheiten als allgemeine Zeichen der Zellschädigung, die letzteren mindestens bei senilen Prozessen und Epilepsie vorkommen. Eine größere Bedeutung kommt dem geschilderten Auftreten von Plasmazellen und Stäbchenzellen vor; auch sie kommen bei anderen Krankheiten vor, und zwar die Stäbchenzellen insbesondere bei der Schlafkrankheit (Spielmeyer), die Plasmazellen sogar bei einer größeren Zahl von Krankheiten (syphilitische Meningoencephalitis, nichteitrige Encephalitis, Lyssa, Schlafkrankheit u. a. m.). Indessen sind die Plasmazellen bisher in keinem sicheren Falle von Paralyse vermißt worden (Alzheimer). Man kann also zwar nicht sagen, daß der Nachweis von Plasmazellen das Vorliegen von Paralyse beweist, wohl aber daß ihr Fehlen die Paralyse nahezu sicher ausschließen läßt. Dazu kommen als weitere wesentliche Befunde die Stächenzellen, wenn sie in großer Zahl auftreten, die Endothelwucherung und Gefäßneubildung, ausgebreitete schwere Zellerkrankungen und Gliawucherungen, schließ-

lich die Zerstörung des allgemeinen Aufbaus der Rinde, Alles dieses in der mehrfach hervorgehobenen, die vorderen Partien der Hemisphären, insbesondere das Stirnhirn bevorzugenden, hier aber ganz diffusen Ausbreitung.

Abweichend von diesen typischen Fällen finden sich in den oben bereits erwähnten Fällen von Paralyse mit Herderkrankungen neben einer anderen allgemeinen Lokalisation des Prozesses umgrenzte Herde stärkerer Erkrankung und zuweilen von diesen ausgehend weit hinabreichende sekundäre Degenerationen (Lissauer, Starlinger). Ein diffuser Schwund der Nervenfasern auch im Marklager der Hemisphären bildet übrigens einen regelmäßigen Befund.

Auch im übrigen zentralen Nervensystem finden sich mehr oder weniger ausgesprochene Veränderungen. Das Kleinhirn zeigt mit den beschriebenen übereinstimmende, aber meist weniger ausgesprochene Anomalien. Dasselbe gilt vom Corpus striatum und Thalamus opticus; der letztere kann aber infolge seiner besonderen Beziehungen zur Gehirnrinde auch durch sekundäre Degeneration erkranken; man sieht dann in ihm keine erheblichen Gefäßveränderungen und Infiltrate, wohl aber Markscheidenzerfall durch das Hemisphärenmark bis in den Thalamus. — Im zentralen Höhlengrau treten Faserschwund und paralytische Gefäßveränderungen, Gliawucherungen, Ganglienzelldegenerationen und Hämorrhagien hervor. Auch die Brücke und Medulla oblongata zeigen entsprechende Befunde. — Den im IV. Ventrikel oft besonders hochgradigen Ependymgranulationen entsprechen hier oft enorme subependymäre Gliawucherungen. — Die Nervenkerne selbst sind vielfach verändert.

Das Rückenmark wird, wie insbesondere Fürstner im Anschluß an die grundlegenden Arbeiten von Carl Westphal durch eingehende Untersuchungen festgestellt hat, bei der Dementia paralitica fast ausnahmslos beteiligt gefunden. Abgesehen von leptomeningitischen Veränderungen finden sich im Seiten- und Hinterstrangsgebiet Faserdegenerationen, deren Grad, je nach der Art des Falles und insbesondere nach der kürzeren oder längeren Krankheitsdauer bis zum Tode, sehr große Verschiedenheiten zeigen kann; dabei ist oft bemerkenswert die relative Unerheblichkeit der Gefäſsveränderungen und Lymphscheidenfiltrationen. Zuweilen läßt sich die Degeneration schon makroskopisch an der grauen Verfärbung der betreffenden Gebiete erkennen; für die sichere Feststellung ist aber eine minutiöse mikroskopische Untersuchung mit Hilfe der feinsten Methoden notwendig. — Nach Fürstners Erfahrungen, die wohl als allgemeingültig angesehen werden können, handelt es sich am häufigsten um kombinierte Erkrankungen der Seiten- und Hinterstränge (62%); es folgen die reinen Hinterstrang- und zuletzt die reinen Seitenstrangerkrankungen. Die paralytische Hinterstrangerkrankung unterscheidet sich meist durch Besonderheiten ihrer feineren Lokalisation von der Degeneration bei der Tabes, doch kommen auch bei der Paralyse mit dieser vollständig übereinstimmende Lokalisationen vor, die aber wohl einer besonderen, auch klinisch abgrenzbaren Gruppe von Fällen angehören. — Auch die paralytische Seitenstrangerkrankung zeigt gegenüber den systematischen Degenerationen bei spastischer Spinalparalyse und bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn gewisse anatomische Besonderheiten. Indessen sind wie oben bereits erwähnt, in neuerer Zeit mehrere Beobachtungen mitgeteilt worden, in denen es auch bei Dementia paralytica von einem

Rindenherde aus zu absteigender Degeneration der Pyramiden-, Seiten- und Vorderstrangbahn gekommen war.

An den Ganglienzellen des Rückenmarkes, insbesondere denen der Vorderhörner und der Clarkeschen Säulen sind vielfach mehr oder minder ausgesprochene krankhafte Befunde erhoben worden.

Die Rückenmarkswurzeln, und zwar nicht nur die hinteren, sondern auch die vorderen zeigen besonders im Lumbal- und Sakralmark häufig regellos verteilte Degenerationen einzelner Fasern und Fasergruppen (Hoche).

Im peripheren Nervengebiet sind Entartungsvorgänge am Peroneus, ferner am Saphenus major, Thoracicus longus beschrieben worden. In neuester Zeit ist es gelungen, bei Paralyse (und noch mehr bei Tabes) im endo- und epineuralen Gewebe teils einzeln auftretende zahlreiche Mastzellen, teils Infiltrate von Lymphocyten und spärlichen Plasmazellen um die Gefäße herum nachzuweisen (G. Steiner).

An den übrigen Körperorganen finden sich außer den Spuren der terminalen Erkrankungen (Pneumonien, Tuberkulose, Sepsis, Pyelonephritis usw.) häufiger ausgebreitete Gefäßveränderungen, namentlich im Anfangsteil der Aorta, die wahrscheinlich syphilitischer Natur sind. — Von französischen und italienischen Autoren wird ferner besonders auf Erkrankungen der Nieren und der Leber hingewiesen, die sich vor allem durch Erweiterung der Gefäße mit herdförmigen kapillären Blutungen und Entartung der Gewebe charakterisieren. In der Nachbarschaft der Kapillaren hat man auch hier zuweilen Plasmazellen und Lymphocyten gefunden.

Vorkommen. Aetiologie.

In Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren darf wohl angenommen werden, daß die Dementia paralytica an Häufigkeit zunimmt, und zwar besonders beim weiblichen Geschlecht.

Indessen schwanken die über die Häufigkeit der Krankheit angegebenen Zahlen in weiten Grenzen. Allgemein wird angegeben, daß die größeren Industriezentren viel stärker betroffen sind als die ländlichen Bezirke. Dementsprechend ergeben sich für die Anstalten mit großstädtischem Aufnahmebezirk, bei prozentuarischer Berechnung auf die Gesamtaufnahme, sehr hohe Ziffern (35 % und mehr), für ländliche Bezirke sehr niedere (z. B. 1 % in Freiburg-Schweiz). Im allgemeinen nimmt man 10—20 % an. — Ueber den Einfluß von Klima und Rasse läßt sich nur sagen, daß der Prozentsatz der Paralyse steigt, je weiter man von Süd nach Nord geht. — Beadles fand in London eine auffällig hohe Beteiligung der jüdischen Rasse, was mit der bekannten, dieser eigentümlichen Disposition zu schweren Erkrankungen des Nervensystems gut übereinstimmen würde. Aus einzelnen nichteuropäischen Ländern wird berichtet, daß die ursprünglich auffallend seltene Paralyse an Häufigkeit zunimmt und zwar anscheinend infolge der Aenderung der allgemeinen Lebensverhältnisse, wie sie die Berührnng mit den Europäern mit sich bringt (Kraepelin).

Geschlecht. Während in früherer Zeit (Neumann 1859) das Vorkommen der Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht überhaupt bestritten wurde, fand man in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts für Berlin 1 weibliche Paralyse auf 10 - 7,5 männliche. Heute treffen diese Zahlen nur mehr für einzelne ländliche Bezirke zu. Eine Kollektivberechnung für acht europäische

Staaten (Dänemark, Oesterreich, Italien, Deutschland, Rußland, England, Belgien, Frankreich) ergab zwischen weiblicher und männlicher Paralyse im Durchschnitt ein Häufigkeitsverhältnis von 3,8:1.

Im allgemeinen kann wohl angenommen werden, daß auf 3,5 männliche Paralysen 1 weibliche kommt.

Lebensalter. Die große Mehrzahl der Erkrankungen fällt in das vierte und fünfte Lebensdezennium (30. bis 50. Jahr). Hier liegt das Häufigkeitsmaximum bei den Männern zwischen 35 und 40 Jahren, bei den Frauen etwas höher. Nach dem 50. und insbesondere vor dem 30. Jahre sind bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen selten. Die Zahl der jugendlichen Paralytiker hat sich neuerdings auffällig vermehrt. Bereits im Jahre 1896 konnte Alzheimer 41 Fälle von Dementia paralytica im jugendlichen Alter zusammenstellen. Seitdem sind noch zahlreiche Beobachtungen mitgeteilt worden.

Gesellschaftsklasse. Beruf. Ehestand. Bei den Männern überwiegen die Krankheitsziffern der höheren Gesellschaftsklassen über die der niederen. Doch ist die Paralyse auch bei den letzteren häufig. Dagegen sind bei den Frauen die niederen Klassen stark betroffen, die höheren fast immun. — Greidenberg drückt das Verhältnis so aus, daß er die Dementia paralytica bei den Männern als eine vorwiegend aristokratische, bei den Frauen als eine fast ausschließlich demokratische Krankheit bezeichnet, indem er gleichzeitig einen allmählichen Ausgleich dieser Differenzen für wahrscheinlich erklärt. — Dem Bernf nach sind unter den Männern vorzugsweise Berufssoldaten (Offiziere), höhere Beamte, Kaufleute, Aerzte, von niederen Beamten anscheinend in besonderem Maße Eisenbahnangestellte, ferner Arbeiter in heißen Betrieben, wie Maschinisten, Heizer, Schmiede usw., endlich Gastwirte, Kellner und Brauer disponiert. — Krafft-Ebing hebt die Seltenheit der Dementia paralytica bei katholischen Geistlichen, insbesondere im Vergleich mit Offizieren, hervor und erklärt sie aus der soliden, ruhigen Lebensweise und aus der Seltenheit der Lues in jenem Stande. — Im allgemeinen wird angenommen, daß Ledige häufiger an Paralyse erkranken als Verheiratete. Mendel zählte unter 210 paralytischen Männern 57 ledige. Ob dies auch beim weiblichen Geschlecht zutrifft, erscheint zweifelhaft. — Ziemlich groß ist die Zahl der Fälle von konjugaler Paralyse (bzw. Tabes).

Raecke hat im Jahre 1899 69 Fälle dieser Art zusammengestellt, darunter 7 Fälle, die in 10 Jahren in der Frankfurter Anstalt beobachtet wurden. Mönckemöller verfügte in 6 Jahren in der Berliner Irrenanstalt Herzberge über 18 derartige Fälle. Raecke fand in 57 Fällen Paralyse beider Gatten, in 14 Fällen Paralyse des Mannes und Tabes der Frau, in 22 Fällen Tabes beider Gatten, in 6 Fällen, Paralyse der Frau und Tabes des Mannes. — In Mönckemöllers Fällen bestand 14 mal Paralyse beider Gatten, 2 mal war der Ehegatte an Tabes, die Frau an Paralyse, 1 mal der Gatte an Paralyse, die Frau an Tabes erkrankt, 1 mal litten beide Gatten an Tabes.

Aetiologie. Unter den Ursachen der Dementia paralytica ist zunächst die Syphilis zu nennen. Die mit Bezug auf die Häufigkeit vorausgegangener spezifischer Infektion aufgestellten Statistiken zeigen untereinander erhebliche Differenzen. Die Ergebnisse der cytologischen und serologischen Untersuchung haben aber den Zusammenhang zwischen syphilitischer Ansteckung und Erkrankung an Paralyse völlig sichergestellt.

Die Gewinnung sicherer anamnestischer Anhaltspunkte hat in dieser Hinsicht bei der Dementia paralytica mit noch größeren Schwierigkeiten zu kämpfen als bei der Tabes, weil die Angaben der Kranken selbst, auf die man vielfach angewiesen ist, naturgemäß hier oft ganz unzuverlässig sind. Dazu kommt, daß in den niederen Ständen überhaupt Störungen dieser Art weniger beachtet werden, und daß bei weiblichen Kranken eine stattgehabte Infektion viel schwerer nachweisbar zu sein pflegt als bei männlichen. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, dem Vorgange Erbs bei der Tabes folgend, auch bei der Paralyse vor allem männliche Kranke der besseren Stände für die statistischen Berechnungen zu verwenden. Diesen Anforderungen entsprechen im allgemeinen die Privatpatienten besser als die poliklinischen Fälle und die Privatanstalten besser als die öffentlichen Anstalten. So fand Jolly in 69%, Mendel in 75% und Alzheimer sogar in über 90% vorangegangene Syphilis. Pierson fand in Pirna für die Zeit von 1884—1891 bei 119 paralytischen Männern in 60% sichere und in 13% wahrscheinliche Syphilis. Seeligmann konnte nach den Beobachtungen im Konstanzer Hof bei 130 Fällen in 81% eine vorausgegangene syphilitische Infektion annehmen; bei einer auf die zweite Dekade der 20jährigen Beobachtungszeit beschränkten Berechnung erhöhte sich diese Zahl auf 83,75% und bei Hinzuzählung der verdächtigen Fälle sogar auf 90%. — Marcus konnte bei einer Gesamtzahl von 400 Fällen (352 Männer) das Ansteigen der Syphilisprozente entsprechend der größeren Vollständigkeit und Genauigkeit der Anamnesen deutlich beobachten; er fand für die Gesamtheit der Fälle (mit Einschluß von 48 weiblichen Kranken) Syphilis in 59%, nach Fortlassung der weiblichen Kranken in 63%, bei alleiniger Berücksichtigung der besseren Klassen (260 Fälle) in 76% und bei nochmaliger genauer Revision der betreffenden Krankengeschichten (197 Fälle) sogar in über 80%. — Damit stimmt die von Erb unter besonderen Kautelen aufgestellte Berechnung durchaus überein, nach welcher bei 118 männlichen Paralytikern eine sichere syphilitische Infektion in 80% vorangegangen war.

Die allgemeine Unzuverlässigkeit der negativen Angaben über syphilitische Antezedentien ergibt sich, ganz abgesehen von den Fällen, in denen solche absichtlich abgeleugnet werden, aus der Häufigkeit der Syphilis méconnue. Es sind sichere Fälle in genügender Zahl bekannt, in denen ein Primäraffekt mit aller Sorgfalt nicht nachgewiesen werden konnte und auch die Sekundärerscheinungen fehlten oder doch so minimal waren, daß sie von den Kranken selbst übersehen werden konnten. Uebrigens gibt, wie von verschiedenen Seiten festgestellt worden ist, sogar die Untersuchung sicher tertiär-syphilitischer Kranker auf entsprechenden Abteilungen in dieser Hinsicht auch oft ganz negative Resultate. Dupré erwähnt in Ballets Lehrbuch der Geisteskrankheiten eine mündliche Mitteilung Fourniers, nach welcher dieser bei einer bestimmten schweren Form tertiärer Syphilis in 15% der Fälle weder eine anamnestische noch objektive Spur der kausalen Syphilis nachweisen konnte; Hirschl fand sogar in 36,5% derartiger Fälle keine anamnestisch feststellbare Infektion.

Hiernach kann wohl angenommen werden, daß die oben angegebenen Zahlen immer noch eher hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, als sie übertreffen.

Die angeführten Ergebnisse der Statistik werden in ihrer Bedeutung noch durch folgende Momente gestützt: Die Gegenprobe an männlichen, nicht paralytischen Geisteskranken ergibt ein auffallend spärliches Vorkommen der Syphilis, nach Hoppe in etwa 11%, nach Oebecke in 12,5%, und an Nervenkranken überhaupt nach Mendel in 18%, nach Jolly in 15% der Fälle.

Es besteht zwischen der Häufigkeit der Paralyse und der Syphilis ein Parallelismus, da das erfahrungsgemäß häufiger infizierte männliche Geschlecht auch prozentuarisch höhere Paralyseziffern aufweist.

Syphilis und Paralyse sind seltener in einer ländlichen als in einer städtischen Bevölkerung und, im allgemeinen, bei Kindern seltener als bei Erwachsenen. In den Fällen von infantiler und juveniler Paralyse konnte fast ausnahmslos hereditäre oder in frühester Jugend erworbene Syphilis festgestellt werden, und hier verwischt sich der Unterschied der Geschlechter, da Knaben und Mädchen annähernd gleich beteiligt sind.

Endlich sind zahlreiche Fälle bekannt, in denen zwei oder mehrere Personen auf Grund einer aus derselben Quelle stammenden Syphilis an Paralyse oder an Paralyse und Tabes erkrankten. Erb, dessen auf die letztgenannte Krankheit bezügliche Ausführungen zum größten Teil auch auf die Paralyse angewendet werden können, hat in neuester Zeit einige Beobachtungen dieser Art zusammengestellt. An dieser Stelle kommen zunächst die keineswegs seltenen Fälle in Betracht, in denen Ehegatten sich gegenseitig infizieren und beide an Paralyse oder (wohl häufiger) der eine Teil an Paralyse, der andere an Tabes erkranken

(siehe oben). Außerdem seien noch folgende Beispiele angeführt:[1]) Erb selbst berichtet von einer Familie, in der der Vater Lues hatte — ein hereditär-syphilitisches Kind an Hirnsyphilis litt — die Mutter dann an Tabes erkrankte und endlich der Vater an Paralyse starb. — In einem Fall von Nonne war der Mann vor 15 Jahren infiziert, hatte vor 5 Jahren Paralyse, ein Kind, vor 10 Jahren geboren, hatte beginnende Tabes. — In einem anderen Falle desselben Autors hatten sich 3 Herren an derselben Quelle infiziert. Einer wurde tabisch, zwei paralytisch. — Linser erwähnt einen syphilitischen und paralytischen Vater, eine juvenil-tabische Tochter. — Endlich ist die Beobachtung von Brosius von besonderem Interesse, nach der von 7 durch ein und denselben Kameraden infizierten Glasbläsern 5 nach 12 Jahren folgendes boten: einer war sicher tabisch, ein zweiter hatte deutliche Erscheinungen von Paralyse (oder Lues cerebri), ein dritter war bereits der Paralyse, ein vierter (mit reflektorischer Pupillenstarre) der beginnenden Taboparalyse sehr verdächtig. Ein fünfter hatte noch ein normales Nervensystem. Ueber die 3 letzten war nichts zu erfahren gewesen.

Als letztes, aber nicht einwandfreies Argument sei hier erwähnt, daß der von einem Forscher gewagte Versuch, paralytischen Kranken Syphilis zu inokulieren, negativ ausgefallen ist (Krafft-Ebing); in gleichem Sinne könnte vielleicht die immerhin auffällige Erfahrungstatsache aufgefaßt werden, daß trotz der so häufig exzessiv gesteigerten libido sexualis und des skrupellosen Geschlechtsverkehrs vieler Paralytiker so selten frische Lues bei ihnen gefunden wird.

Die Zeit zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Paralyse wird im Durchschnitt auf 10—15 Jahre angegeben. Als äußerste Grenzen nennt Hirschl 2—30 Jahre.

Von individuell prädisponierenden Momenten wird in neuerer Zeit auf die hereditäre Belastung, deren Bedeutung früher sehr gering angeschlagen wurde, wieder größeres Gewicht gelegt. Schüle ist der Meinung, daß auch die Paralyse wahrscheinlich meist nur ein schon zu Psychosen disponiertes Gehirn befällt. Naecke, der die Heredität auf 43 % berechnet, betont besonders die relative Häufigkeit der Degenerationszeichen bei paralytischen Kranken und legt, neben der Syphilis, den Hauptwert auf eine meist angeborene, noch nicht näher bekannte, besondere, verschieden stark ausgeprägte Gehirnkonstitution, ein meist invalides (d. h. gegen Noxen verschiedener Art weniger widerstandsfähiges) Gehirn. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt in Frankreich Joffroy, der eine besondere Konstitution des Rückenmarkes oder des Gehirns für erforderlich hält, damit jemand tabisch oder paralytisch werde; nach ihm kommt der Tabiker mit schlechten Hintersträngen, der Paralytiker mit einem schlechten cerebrospinalen Nervensystem zur Welt.

Im Zusammenhang hiermit ist es nicht ohne Bedeutung, daß man nicht so selten in der Vorgeschichte der paralytischen Kranken andere Geistes- oder Nervenkrankheiten trifft. Vielfach werden die Kranken als von jeher „nervös“, reizbar, exzentrisch, neurasthenisch oder hysterisch, auch wohl als imbezill bezeichnet. In dem von Magnan berichteten Fall eines von Haus aus abnormen und psychopathisch veranlagten Menschen begann die Paralyse, abgesehen von charakteristischen körperlichen Zeichen, mit Halluzinationen und systematisierten Wahnideen, die während der mehrfach beobachteten Remissionen jedesmal eine deutliche Weiterentwicklung und Ausbildung zeigten. — Richter teilt den Fall eines psychopathisch schwer belasteten 43jährigen Mannes mit, bei dem nach 10jährigem Bestehen einer halluzinatorischen Paranoia schließlich das Bild der Dementia paralytica zur Entwicklung kam und trotz schnell fortschreitenden Verfalls der paranoische Kern in den

---

[1]) Nach Erb zitiert. Artikelserie „Syphilis und Tabes“. Berl. klin. Wochenschr. 1904, Nr. 1—4.

Vorstellungen deutlich erkennbar blieb. — In einem von Lundborg mitgeteilten Fall von konjugaler Paralyse war die Frau bereits zur Pubertätszeit kürzere Zeit geisteskrank, seitdem bildete sich eine periodische (manisch-depressive) Psychose heraus. In der Ehe wurde erst der Mann, dann sie paralytisch.

Aeltere Fälle sind mitgeteilt von Mendel: 44jähriger Mann, mit 20 Jahren hypochondrische Melancholie und Selbstmordversuch; dann 23 Jahre lang gesund bis zur Erkrankung an Paralyse. — Offizier litt als Leutnant an „Manie mit Halluzinationen“, erkrankte 14 Jahre später als Oberst an Paralyse; von Eickholt: Schwer belasteter Mann machte mit 20 Jahren einen tobsüchtigen Erregungszustand durch und erkrankte 11 Jahre nach seiner Genesung von diesem an Paralyse. — Berg erwähnt eine Kranke, die mit 14 Jahren schon geisteskrank war und etwa 30 Jahre später Paralyse bekam. — Weitere Beobachtungen voraufgegangener primärer Psychosen bei Paralytikern sind von Hougberg u. a. gemacht worden.

Als weitere Ursachen kommen in Betracht Alkoholismus, körperliche und geistige Ueberanstrengungen (sexuelle Exzesse), traumatische Einflüsse.

Der ätiologische Einfluß des Alkoholmißbrauchs, der in Frankreich und Italien von jeher hoch eingeschätzt worden ist, wird neuerdings wohl mit Recht dafür verantwortlich gemacht (Kraepelin), daß die Paralyse auch in solchen Ländern, in denen die Syphilis häufig, der Alkoholismus aber selten ist, zum Teil eine äußerst seltene, ja sogar eine unbekannte Krankheit darstellt.

Die körperlichen und geistigen Ueberanstrengungen und Gemütserregungen bilden den wesentlichsten Bestandteil des von Krafft-Ebing mit dem Worte „Zivilisation“ bezeichneten ätiologischen Komplexes. Es kommen hier alle erschöpfenden Momente in Betracht, die in der heutigen ruhelosen Lebensführung, dem Konkurrenzkampf, der gesteigerten Verantwortlichkeit des Einzelnen, den geschäftlichen und anderen Aufregungen und Enttäuschungen usw. ihren Ausdruck finden. — Der tatsächliche Einfluß dieser Schädlichkeiten läßt sich freilich kaum feststellen.

Im allgemeinen scheint das Zusammentreffen einer unhygienischen Lebensweise mit geistigen Aufregungen gefährlich zu sein. Dementsprechend kommt die ruhige Geistesarbeit, auch wenn sie sehr gesteigert ist, nur wenig in Betracht, um so mehr aber die Lebensführung des Kaufmannes, wie ein Blick in den nervenzerrüttenden Betrieb größerer Börsen lehrt. Auch für die verhältnismäßig häufige Erkrankung der Berufssoldaten an Paralyse wird neben der vielfach unsoliden Lebensweise die gesteigerte körperliche Abnutzung als Ursache in Betracht zu ziehen sein. — In körperlicher Beziehung kommen auch die krankhaften Einflüsse in Betracht, welche eine allgemeine Schwächung des Organismus herbeiführen können, also körperliche Krankheiten chronischer Art, sodann von Infektionskrankheiten vielleicht besonders die Influenza.

Die Rolle des Trauma capitis gehört zu den strittigsten Fragen in der Aetiologie der Dementia paralytica. Kaplan fand bei 546 Paralytikern der Irrenanstalt Herzberge nur in 4,4 % Traumen in der Anamnese angegeben, und auch bei diesen ergab die nähere Nachforschung, daß bis auf 0,9 % stets schon Krankheitssymptome dem Unfall zeitlich vorangegangen waren. Man wird also in der Verwertung dieses Momentes sehr vorsichtig sein und mit allen Mitteln danach forschen müssen, ob das Trauma nicht etwa bereits als eine Folge der Erkrankung angesehen werden muß, da

die Paralytiker im Anfall oder infolge von Ungeschicklichkeit leicht zu Schaden kommen. — Traumen anderer Körperteile könnten insofern in Betracht kommen, als sie mit einer heftigen allgemeinen Erschütterung und also mittelbar auch mit einer solchen des Gehirns verbunden sein können, doch gilt das oben Gesagte von ihnen in noch höherem Maße (vgl. das Kapitel über traumatische Geistesstörungen). — Neben der Kopfverletzung wird noch die Insolation und die andauernde Wärmebestrahlung des Kopfes bei gewissen Berufsarten angeführt (vgl. auch Pathogenese).

Pathogenese.

Die Dementia paralytica ist eine Krankheit des gesamten Nervensystems, wenn sie auch bestimmte Teile von ihm, vor allem die Hirnrinde und das Rückenmark, besonders stark und regelmäßig in Mitleidenschaft zieht. Als das wesentlichste anatomische Substrat, das auch die klinischen Erscheinungen im allgemeinen gut verständlich macht, haben wir den chronischen Schwund der nervösen Elemente anzusehen. Daneben bilden einen regelmäßigen Befund Veränderungen an den Gefäßen (Wucherungserscheinungen, Gefäßneubildungen, zahlreiche Infiltrationszellen), die wir als entzündliche ansprechen müssen. Endlich kommt dazu die Wucherung der Glia, durch die das untergegangene Nervengewebe ersetzt wird. Wenn wir hiernach den Krankheitsprozeß der Paralyse als einen entzündlich degenerativen bezeichnen können, so ist dieser gegenüber anderen Entzündungen der Hirnrinde insofern eigenartig, als bei ihm der grobe Aufbau des Gehirns völlig ungestört bleibt. Ueber das Verhältnis, in dem die Erkrankung der nervösen Substanz einerseits, der Glia und der Gefäße andererseits zueinander stehen, ist eine völlige Uebereinstimmung der Meinungen noch nicht erzielt. Sicher ist, daß die Vernichtung des Nervengewebes nicht durch die Wucherung der Glia bedingt ist, sondern unabhängig von dieser erfolgt; man findet nicht selten innerhalb starker Gliawucherungen noch ganz gesunde Zellen und andererseits hochgradige Zerstörung von Nervengewebe ohne erhebliche Gliawucherung. Dagegen wird die Frage, ob das Nervenparenchym primär erkrankt oder ob der Krankheitsprozeß vom Gefäßsystem seinen Ausgang nimmt, noch verschieden beantwortet. Immerhin neigt heute die weit überwiegende Mehrzahl der Forscher der Meinung zu, daß der Untergang der nervösen Substanz unabhängig von der Gefäßerkrankung erfolge; dies wird insbesondere dadurch bewiesen, daß im Rückenmark nicht selten erhebliche Faserdegenerationen bei äußerst geringfügigen Gefäßveränderungen angetroffen werden.

Obwohl die in neuerer Zeit erhobenen Befunde umschriebener, stärkerer (herdartiger) Rindenerkrankungen mit absteigenden sekundären Degenerationen der Pyramidenbahn für einige Fälle einen direkten Zusammenhang wenigstens zwischen Rinden und Rückenmarkserkrankung wahrscheinlich machen, läßt sich ein solcher doch nicht allgemein erweisen und müssen die in weit auseinander liegenden Gebieten des Nervensystems vorhandenen Veränderungen einstweilen als ebensoviele, voneinander unabhängige Manifestationen der dem Krankheitsprozeß zugrunde liegenden Schädlichkeit angesehen werden. Welcher Art diese Schädlichkeit ist, entzieht sich einstweilen noch durchaus unserer Kenntnis; dies läßt

sich deshalb nur in hypothetischer Form erörtern. Nach dem Gesagten liegt der Schluß nahe, daß es sich dabei um ein toxisches Agens handelt, das zu der Nervensubstanz eine ganz besondere Affinität hat und im Blute kreist.

Die alle anderen ätiologischen Momente überragende Bedeutung der Syphilis macht diese zum natürlichen Ausgangspunkt der weiteren pathogenetischen Erwägungen.

Es lassen sich hier verschiedene Hypothesen unterscheiden. Die eine sieht in der Paralyse eine Spätform der Syphilis, eine tertiär-syphilitische Organerkrankung wie das Gumma. Diese insbesondere von Hirschl vertretene Ansicht, die in den Befunden von Straub (spezifische Aortitis proliferans, s. oben: Pathologische Anatomie) eine Stütze finden könnte, hat, angesichts der von dem spezifisch syphilitischen durchaus abweichenden anatomischen Befunde bei Paralyse, keinen Anklang finden können.

Die zweite Hypothese (Strümpell, Moebius) nimmt einen nur mittelbaren, aber gleichfalls notwendigen Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse an, indem durch jene nach Ablauf des ersten Krankheitsabschnitts ein chemisches Gift erzeugt werde, welches nun auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zerstörend einwirke (Strümpell), oder indem ein fermentartiges Gift im Körper entstehe und unter günstigen Bedingungen gewisse ihm wahlverwandte Nerventeile zum Schwund bringe (Moebius „metasyphilitischer Nervenschwund"). Angesichts der Tatsache, daß von der ungeheuren Zahl der syphilitisch Infizierten doch immer nur ein verhältnismäßig kleiner Teil paralytisch wird, bedarf diese Theorie als notwendiger Ergänzung der oben (siehe Aetiologie) besprochenen anderweitigen Schädlichkeiten als Hilfsmomente, welche den Krankheitsprozeß bei Syphilitischen auslösen, den syphilitischen Prozeß sozusagen auf bestimmte Teile des Nervensystems determinieren.

Die dritte Hypothese stellt endlich die Syphilis noch weiter zurück. Nach ihr ist diese zwar ein sehr wichtiger, an und für sich aber nicht genügender Faktor zur Erzeugung der Paralyse, die vielmehr immer nur durch das Zusammentreffen mehrerer Ursachen zustande komme. Als solche wären alle Schädlichkeiten zu nennen, denen das Individuum unter den heutigen Daseinsbedingungen ausgesetzt ist und denen es um so eher erliegt, je mehr es durch konstitutionelle Minderwertigkeit (Heredität) oder durch akzidentelle Schädlichkeiten in seiner Widerstandsfähigkeit bereits geschwächt ist. Unter den hier in Betracht kommenden Schädlichkeiten steht nächst der Syphilis der Alkoholismus in erster Reihe. Insbesondere ist bei dem Zusammenwirken von Heredität einerseits, Syphilis und Alkoholismus andererseits der günstigste Boden für die Entwicklung der Paralyse gegeben. Aber auch die verschiedensten anderen Momente, wie Stoffwechselerkrankungen, mechanische und thermische Einwirkungen, Zirkulationsstörungen, Ueberanstrengungen, endlich insbesondere auch andauernde psychische Erregungen können den ersten Anstoß zu Ernährungsstörungen und Gewebsschädigungen der nervösen Substanz geben. „Sobald die Anforderungen mit dem krankhaft veränderten Stoff- und Krafthaushalt nicht mehr im Einklang stehen, unterliegt es (das Nervensystem) der funktionellen Ueberanstrengung, sei es in der Form der Erschöpfungsneurose bzw. Psychose, sei es in der der organischen Abnutzung, welche in der mittleren Lebensperiode am häufigsten in

dem paralytischen Krankheitsprozeß ihren anatomischen und klinischen Ausdruck findet“ (Binswanger).

Endlich hat Kraepelin die Hypothese aufgestellt, daß sich als Bindeglied zwischen der Syphilis und der Paralyse auf unbekannte Weise eine Stoffwechselerkrankung entwickele, die als solche mit der Syphilis nichts mehr zu tun habe und ihrerseits ein Gift erzeuge, das wir als die letzte Ursache der paralytischen Veränderungen anzusehen haben. Die Paralyse trete demnach in eine gewisse Verwandtschaft zu dem Myxödem und weiterhin zu Diabetes, Osteomalacie, Akromegalie.

Diagnose.

Die Diagnose der Dementia paralytica ist da, wo es sich um vollentwickelte Krankheitsbilder und um die gewöhnlicheren Erscheinungs- und Verlaufsformen handelt, im allgemeinen nicht schwierig. Es kommen hier aber keineswegs allein die durch den klassischen Größenwahn oder den nicht minder charakteristischen und ungeheuerlichen hypochondrischen Vorstellungsinhalt gekennzeichneten, sondern ganz besonders auch die unter dem Bilde der einfachen fortschreitenden Demenz und nur mit gelegentlichen Erregungsepisoden verlaufenden Fälle in Betracht, die an Häufigkeit die ersteren gegenwärtig wohl zweifellos übertreffen. Daneben ist zu bedenken, daß es auch sonst kaum ein psychisches Krankheitsbild gibt, dessen Züge die Dementia paralytica nicht wenigstens zeitweise annehmen könnte, und daß neben den chronischen, innerhalb eines Zeitraumes von 2—3 Jahren zum Tode führenden Fällen einerseits solche von ganz akutem (foudroyantem) Charakter (galoppierende Paralysen), andererseits solche von außerordentlich schleppendem, über viele Jahre hingezogenem Verlauf stehen.

Aus dieser Variabilität der psychischen Zustandsbilder ergeben sich auch auf der Höhe der Krankheit nicht selten erhebliche diagnostische Schwierigkeiten, die noch dadurch gesteigert werden, daß eine genügende körperliche Untersuchung bei den sehr erregten Kranken vielfach längere Zeit nicht möglich ist.

Im allgemeinen sind für die Diagnose der Dementia paralytica folgende Gesichtspunkte von Bedeutung: Bei jeder im Alter von 30—45 Jahren erstmalig erscheinenden Geistesstörung, bei der nicht das Vorhandensein bestimmter Schädlichkeiten (Alkohol, andere Infektionen) eine andere Deutung näherlegt, ist insbesondere beim männlichen Geschlecht an Dementia paralytica zu denken und ihr Vorhandensein durch eine genaue, auf gründliche Beherrschung der betreffenden neurologischen Untersuchungsmethoden (siehe oben) gestützte körperliche Untersuchung ausdrücklich auszuschließen. — Dasselbe gilt von den in diesem Alter auftretenden neurasthenischen und hypochondrischen Zuständen zumal dann, wenn solche auftreten, ohne daß erschöpfende Einflüsse auf die betreffenden Individuen eingewirkt haben oder ihre konstitutionelle Grundlage nachweisbar ist. — Der Nachweis einer stattgehabten syphilitischen Infektion steigert von vornherein die Wahrscheinlichkeit der paralytischen Natur der psychisch-nervösen Erkrankung, er beweist sie aber nicht, da auch bei syphilitisch Infizierten einfache funktionelle Psychosen und Neurosen oft genug vorkommen; selbst das gleichzeitige Vorhandensein gewisser,

auf cerebrale oder spinale Syphilis zu beziehender organischer Störungen innerhalb des Zentralnervensystems rechtfertigt die Diagnose „Dementia paralytica“ an für sich nicht, da cerebrale Syphilis plus Neurasthenie vorliegen kann. — Ebensowenig ist ein Zusammentreffen von Tabes und Geistesstörung beweisend.

Im einzelnen gründet sich die Diagnose, abgesehen von der Entwicklung des Leidens, auf die eigenartige Schwäche in geistiger, die Lähmungs- und Reizungserscheinungen in körperlicher Beziehung. Unter Umständen wird die erstere an sich genügen, um die Diagnose zu stellen. In vielen, insbesondere den mit lebhafter Erregung verlaufenden akuten Fällen kann aber die Feststellung dieses Kardinalsymptoms für kürzere oder längere Zeit sehr schwierig oder unmöglich sein. Als völlig gesichert kann die Diagnose immer erst mit dem Nachweis der entsprechenden körperlichen Symptome gelten.

Hier kommon vor allem in Betracht:

1. Veränderungen an den Pupillen, insbesondere die reflektorische Pupillenträgheit und -starre;
2. Störungen der Sprache und der Schrift; sowie Schwächeerscheinungen im Facialisgebiet.
3. Veränderungen der Sehnenreflexe, insbesondere Steigerung oder Aufhebung (Abschwächung) der Patellarreflexe.

Die eigentlichen diagnostischen Schwierigkeiten liegen bei der Dementia paralytica auf dem Gebiet der Frühdiagnose. Die große Bedeutung einer solchen liegt bei den vielfachen Schädigungen, die die Verkennung oder falsche Behandlung dieser Frühstadien für das Individuum und auch für die Gesellschaft mit sich bringt (geschäftliche Anordnungen, Eheschließung, Testamentserrichtung), zu klar auf der Hand, als daß sie hier noch erörtert zu werden brauchte. Auch hier können zunächst die oben angeführten Leitsätze gelten. Im einzelnen kommen als Frühsymptome in Betracht: Auf körperlichem Gebiet: Störungen des Schlafes (Schlafsucht bei Tage), der Ernährung, Kopfschmerzen, Neuralgien, Migräneanfälle usw. Auf geistigem Gebiet: die Aenderung des Charakters und die zunächst nur der nächsten Umgebung erkennbare Abstumpfung des ästhetischen Gefühls; ferner Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Unentschlossenheit. Unsicherheit des Gedächtnisses.

Die letzten angeführten Zeichen entsprechen zum Teil durchaus bekannten Erscheinungen der Neurasthenie und können deshalb an und für sich nicht verwertet werden; dagegen erscheinen sie sogleich in einem anderen Lichte, wenn sie sich mit der zuerst erwähnten Charakterveränderung und ästhetischen Abstumpfung verbinden, denen ein hoher frühdiagnostischer Wert zukommt. In noch höherem Maße gilt dies von den körperlichen Cerebral- und Spinalsymptomen (einseitige oder beiderseitige reflektorische Pupillenstarre oder -trägheit, ferner Veränderungen und insbesondere Ungleichheit der Patellarreflexe), die dem Krankheitsausbruch oft lange Zeit vorausgehen können.

Eine sehr hohe diagnostische Bedeutung kommt auch den frühen paralytischen Anfällen zu. Es muß immer den Verdacht einer in der Entwicklung begriffenen paralytischen Erkrankung erregen, wenn in dem hier in Betracht kommenden Alter epileptiforme Anfälle zuerst auftreten, ohne daß eine entsprechende Ursache (andere organische Hirnerkrankungen, chronischer Alkoholismus,

Arteriosklerose usw.) dafür aufgefunden werden kann und insbesondere, ohne daß früher Epilepsie bestanden hat. — Dasselbe gilt von den apoplektiformen Anfällen leichterer Art, die in Gestalt rasch vorübergehender Sprachbehinderung oder erschwerter Wortfindung nicht selten auf längere Zeit das einzig alarmierende Symptom sind. — Auch die typische paralytische Sprachstörung kann als dauernd vorhandenes oder nur zeitweise sich einstellendes Frühsymptom den anderen Krankheitserscheinungen vorausgehen. Endlich wären hier noch die Augenmuskellähmungen zu erwähnen, die nicht selten jahrelang vor dem eigentlichen Krankheitsausbruch zur Beobachtung kommen.

Auch bei der **Differentialdiagnose** kommen vor allem die Frühstadien der Dementia paralytica in Betracht. Die Unterscheidung von den funktionellen Psychosen und Neurosen, unter deren Form die Dementia paralytica nicht selten erscheint, stützt sich in erster Linie auf die körperlichen Symptome, welche bei jenen fehlen. Es sei deshalb auf die Wichtigkeit einer genauen körperlichen Untersuchung bei allen Geistes- und Nervenkranken hier nochmals hingewiesen. Dazu kommt als eine Errungenschaft der neuesten Zeit das Ergebnis der Lumbalpunktion und der serologischen Untersuchung (vgl. S. 344).

Gewisse akute Paralysen, in denen zunächst gehäufte epileptische Anfälle, später Zustände hochgradigster psychischer Hemmung, tiefer Bewußtseinsstörung, Desorientiertheit, halluzinatorischer Erregung mit großer motorischer Unruhe zur Beobachtung kommen, können vorübergehend zu Verwechslungen mit Epilepsie Veranlassung geben.

Für die Abgrenzung von der Katatonie kommt das jüngere Alter, das dauernde Vorherrschen der katatonischen Symptome bei dieser, die eigenartige psychische Schwäche, das Fehlen der charakteristischen körperlichen Zeichen der Paralyse und insbesondere der Lymphocytose in Betracht.

Bezondere Wichtigkeit hat die Differentialdiagnose gegenüber der Neurasthenie, die außerordentlich oft verfehlt wird, indem fälschlich sowohl Neurastheniker für Paralytiker, als auch umgekehrt Paralytiker für Neurastheniker erklärt werden. Die Verwechslung liegt nahe, weil es eine Reihe von Zügen gibt, die beiden Krankheiten gemeinsam sein können. Dieses sind: Kopfdruck, Schwindel, Schlaflosigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit, schweres Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Angstgefühl und Verzweiflungsausbrüche. — Dazu kommt, daß beide Krankheiten vorwiegend in das kräftigste Lebensalter fallen, und daß bei beiden als ätiologische Momente Ueberanstrengungen, Exzesse usw. nicht selten in Frage kommen.

In manchen Fällen muß die Frage, ob die betreffenden Störungen als einfache Neurasthenie oder, wie dies häufig vorkommt, selbst als Frühsymptome der Dementia paralytica anzusehen sind, unter solchen Umständen einstweilen offen bleiben.

Im allgemeinen können folgende Gesichtspunkte differentialdiagnostisch von Wert sein: Wenn nach einer adäquaten Ursache (Ueberanstrengung, andauernde tiefe Gemütsbewegungen) ein plötzlicher Zusammenbruch bei einem vorher gesunden oder nur im allgemeinen nervösen Menschen erfolgt, so spricht das ceteris paribus mehr für Neurasthenie, da bei der Paralyse die nervöse Er-

schöpfung mehr allmählich oder schubweise einzutreten pflegt. — Die affektive Reizbarkeit ist beim Paralytiker durch das Mißverhältnis zwischen Ursache und Wirkung oft sehr deutlich charakterisiert. Im übrigen gibt es an und für sich kein sicheres Unterscheidungsmerkmal ab, da auch die Reizbarkeit des Neurasthenikers ganz exorbitant sein kann. — Dagegen ist für den Paralytiker charakteristisch die Labilität und Bestimmbarkeit der Affekte, vermöge deren die tiefste und hoffnungsloseste Verstimmung plötzlich in vollste Euphorie umschlagen kann, und insbesondere die Unfähigkeit zu richtiger Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung. Ebenso wie beim Neurastheniker beruht auch bei ihm das häufig vorhandene Krankheitsgefühl und die daraus entspringende Depression auf Veränderungen der Selbstempfindung. Während aber der Neurastheniker diese in allen ihren Aeußerungen auf das peinlichste registriert und zu hypochondrischen Befürchtungen logisch verarbeitet, zieht der Paralytiker zwar aus seinen gleichfalls objektiv nicht begründeten Beschwerden die absurdesten Schlüsse, kümmert sich aber gar nicht um die tatsächlich vorhandenen groben Ausfallserscheinungen auf geistigem und körperlichem Gebiet.

Was die anderen organischen Gehirnerkrankungen betrifft, so werden Hirntumoren nur selten Anlaß zu Verwechslungen geben; es könnten höchstens die ohne Lokalsymptome, dafür aber mit den Zeichen der Demenz (Witzelsucht, Euphorie) verlaufenden Stirnhirntumoren in Betracht kommen. Da es sich hierbei meist um große Geschwülste handelt, wird die Stauungspapille selten fehlen, die bei Dementia paralytica nicht vorkommt.

Zur Abgrenzung von den arteriosklerotischen Geistesstörungen dient die Eigenart des geistigen Defektes bei diesen, der kein so allgemeiner und progressiver ist wie bei der Dementia paralytica und in den Intervallen plötzlich überraschend zurücktritt. Ferner pflegen Größenwahnideen bei der Arteriosklerose zu fehlen, oder doch viel ärmlicher und mehr episodisch aufzutreten, wenn auch eine schwachsinnige Euphorie bestehen kann. Im übrigen werden auch hier die charakteristischen körperlichen Symptome der Paralyse meist entscheidend sein, wenngleich einige davon auch bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen vorhanden sein können; dies gilt auch von der Pupillenstarre oder -trägheit. Für Arteriosklerose können im Zweifel die anderweitigen körperlichen Zeichen einer solchen (Coronararteriensklerose, Albuminurie usw.) sprechen.

Die Zustände posttraumatischer Demenz, die unter Umständen der Dementia paralytica sehr ähnlieh sehen können, lassen sich durch den stationären Charakter des geistigen Defektes und das Fehlen der reflektorischen Pupillenstarre meist von der Dementia paralytica unterscheiden. — Es muß aber zugegeben werden, daß es Fälle gibt, in denen die Differentialdiagnose äußerst schwierig und erst nach längerer Beobachtung möglich ist.

Auch die diffusen luetischen Hirnerkrankungen können der Dementia paralytica sehr ähnliche Bilder hervorrufen. Hier kommt differentialdiagnostisch auf körperlichem Gebiet die eigentümlich regellose Kombination und der häufig rudimentäre Charakter, sowie die Mannigfaltigkeit und Wandelbarkeit der Symptome bei der Syphilis in Betracht. Außerdem ist die Pupillenstarre bei der letzteren häufiger eine totale, d. h. auch

die Mitbewegung bei Akkommodation und Konvergenz betreffende. — Im übrigen vgl. auch den Abschnitt über Geistesstörungen bei Syphilis.

Hier sei auch auf die diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen. die in manchen Fällen von Psychose bei Tabes entstehen können. Mehrfach hat man hier den charakteristischen paralytischen Rindenbefund erhoben in Fällen, in denen das klinische Bild nicht unwesentlich von dem der Paralyse abwich. Sicherlich sind viele, aber keineswegs alle Fälle von Demenz bei Tabes paralytisch. Außerdem kommen bei Tabikern auch andere Psychosen vor, insbesondere das manisch-depressive Irresein, ferner an die Halluzinose der Trinker erinnernde halluzinatorische Zustände akuter und chronischer Art (Alzheimer). (Vgl. das Kapitel „Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis".)

Was endlich die Dementia senilis betrifft, so kann das Alter gegenüber den Fällen von Senium praecox nicht als Unterscheidungsmerkmal dienen. Doch wird die Unterscheidung meist auf Grund der organischen Lokalsymptome möglich sein (vgl. das Kapitel Senile Geistesstörungen).

Von Intoxikationszuständen kommt für die Differentialdiagnose in erster Linie der chronische Alkoholismus in Betracht. — Auch hier stellen Reizbarkeit, ethische Verkümmerung und Intelligenzdefekte auf geistigem Gebiet, Störung des Schlafes, Kopfschmerzen, Reizerscheinungen, Krampfanfälle, bei bestehender Neuritis auch Abschwächung bis Aufhebung der Patellarreflexe auf körperlichem Gebiete gemeinsame Krankheitszeichen dar; dagegen bildet die reflektorische Pupillenstarre hier nur einen seltenen Befund, es fehlt meist die typische Sprachstörung, endlich erweist sich die Krankheit bei Entziehung des Alkohols nicht nur nicht als progressiv, sondern sogar als rückbildungsfähig. — In geistiger Beziehung kann die charakteristische gutmütige Schwäche, die Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit, der eigenartige Trinkerhumor, ferner die vielfach bestehende Neigung der Alkoholisten zu halluzinatorischen Trugwahrnehmungen, und der Eifersuchtswahn auf die rechte Spur leiten. Dagegen können ohne Kenntnis der Entwicklung des Falles die bei der Dementia paralytica zuweilen interkurrent auftretenden deliranten Zustände leicht mit Delirium tremens verwechselt werden; hier ist zu beachten, daß bei den paralytischen Delirien die Benommenheit im allgemeinen größer, die Auffassung schwerer gestört ist wie beim Trinkerdelir, daß die deliranten Erscheinungen dort auch viel hartnäckiger sind und nach scheinbarer Aufhellung wiederkehren. Uebrigens können sich die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus und der Dementia paralytica auch in mannigfacher Weise miteinander verquicken.

Auch bei den mit Erregung, Innervationsstörungen, Sprach- und Schlafstörung, peripherischen Lähmungen verlaufenden Fällen von Encephalopathia saturnina können Verwechslungen vorkommen; für die Diagnose kommen hier in Betracht die typischen Zeichen der Bleivergiftung (Bleisaum, Radialislähmung, Bleikachexie, Bleikoliken), der spezifische Beruf der Kranken, das Fehlen der Pupillenstarre.

Bei Diabetes kommt in seltenen Fällen ein Symptomenkomplex von motorischen und psychischen Schwächeerscheinungen zustande, der vollständig dem Bilde der paralytischen Demenz gleicht. Zuweilen übt die antidiabetische Therapie einen günstigen Ein-

fluß auf den Krankheitszustand aus, was differential-diagnostisch in Betracht kommen kann (Lautenheimer).

Als Pseudoparalysis uraemica sind einige Fälle beschrieben, in denen die Urämie das Symptombild der Dementia paralytica mit großer Treue nachahmt. L. Bruns faßt als beiden Krankheiten gemeinsame Symptome zusammen: psychische Störungen vom Charakter der Abschwächung der Intelligenz mit Gedächtnisstörungen und Reizbarkeit; apoplektiforme, epileptiforme und Schwindelanfälle (Sehstörungen), Kopfschmerzen, Störungen der Sprache und zum Teil auch der Schrift, Tremor der Zunge und der Gesichtsmuskulatur, der Hände, Mono-, Hemi- und Paraparesen mit erhöhten Sehnenreflexen; dazu als der Paralyse nicht eigentümliche Symptome: häufiges Erbrechen, schwere Magenstörungen bei Appetitlosigkeit, Asthmaanfälle, Eiweiß im Urin, Retinitis albuminurica. — Besserung bei entsprechender Behandlung: das wichtigste differentialdiagnostische Moment ergibt die Urinuntersuchung. Lues fehlt oft, ebenso Pupillendifferenz und -starre, Intelligenzstörung mehr im Sinne der Benommenheit, ohne wirkliche Defekte. Psychische Symptome nicht progressiv.

Prognose.

Der gewöhnliche Ausgang der Dementia paralytica ist der Tod. Die Dauer der Krankheit wird im Durchschnitt auf 2—3 Jahre angegeben, doch darf angenommen werden, daß sie bei Einrechnung des Prodromalstadiums im allgemeinen länger ist. Eine Berechnung der Krankheitsdauer für die einzelnen Formen der Dementia paralytica ergibt, daß die einfach-dementen Formen im allgemeinen am langsamsten, die depressiven und die agitierten am schnellsten verlaufen. Eine besondere Stelle nehmen, wie schon oben erwähnt wurde, die Fälle von stationärer Paralyse (s. S. 353) sowie diejenigen ein, in denen sich zu einer regulären Tabes nach längerer Zeit die Zerebralerscheinungen der Paralyse hinzugesellen. Ob es bei der echten Paralyse zu einem endgültigen Stillstand oder einer Heilung mit Defekt kommen kann, ist zweifelhaft. Gegenüber den Angaben über geheilte Paralytiker ist im allgemeinen große Skepsis erforderlich; meist handelt es sich dabei wohl entweder um Fehldiagnosen, um die erwähnten „stationären“ Formen, oder um abnorm lange und tiefe Remissionen, die aber schließlich doch nicht von Dauer sind.

Therapie.

Von einer eigentlichen Behandlung der Paralyse kann keine Rede sein. Die mit Rücksicht auf die ätiologische Rolle, die die Syphilis bei dieser Krankheit spielt, naheliegenden Versuche mit einer antisyphilitischen Behandlung haben nach der Erfahrung der meisten Psychiater keine Aussicht auf Erfolg. Auch die Hoffnungen, welche auf die Ehrlich-Hatasche Salvarsanbehandlung gesetzt wurden, haben sich leider nicht erfüllt, da es wohl nicht selten gelingt, die positive Wassermannsche Reaktion zum Verschwinden zu bringen, nicht aber den paralytischen Prozeß selbst zu beeinflussen. Immerhin wird bei Kranken, die noch die nötige Widerstandskraft besitzen, in Anbetracht der trostlosen Aussichten gegen entsprechende therapeutische Maßnahmen nichts einzuwenden sein.

Im übrigen beschränkt sich unsere Aufgabe darauf, einerseits für rechtzeitige Sicherstellung der Kranken und ihrer Umgebung

zu sorgen, andererseits ihnen die traurige Lage nach Möglichkeit zu erleichtern. Ersteres geschieht durch die Unterbringung in einer geeigneten Anstalt und frühzeitige Entmündigung, letzteres durch alle Mittel der heutigen Kranken- und insbesondere Irrenpflege, auf die hier im einzelnen nicht eingegangen zu werden braucht.

Mit dem Strafgesetz kommen die Paralytiker besonders durch solche Handlungen in Konflikt, die sich aus ihrer sittlichen Abstumpfung, Urteilsschwäche und mangelhaften Beherrschung der Affekte ergeben. Hier kommen in Betracht Fälschungen, Zechprellereien, Diebstähle, ferner grober Urfug, unsittliche Handlungen, Beleidigung, Widerstand, Beteiligung an strafbaren Handlungen anderer. Der sichere Nachweis einer Paralyse schließt die Zurechnungsfähigkeit aus.

Literatur.

Außer den bekannten Lehrbüchern der Psychiatrie:

Alzheimer, Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LII.

Derselbe, Ueber atypische Paralyse. Monatsschr. XI.

Derselbe, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.

Bayle, Recherches sur l'arachnite chronique. Paris 1822.

Binswanger, Die pathologische Histologie der Großhirnrindenerkrankung bei der progressiven Paralyse. Jena 1893.

Derselbe, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klinische Wochenschr., Nr. 49, 1894.

Derselbe, Beiträge zur Pathogenese und differentiellen Diagnose der progressiven Paralyse. Virchows Arch., Bd. CLIV, 1898.

Derselbe, Die allgemeine progressive Paralyse der Irren. Deutsche Klinik 1901.

Bruns, L., Ueber Urämie unter dem Symptomenbild der progressiven Paralyse. Festschrift. Nietleben 1897.

Boedecker-Juliusburger, Anatomische Befunde bei Dementia paralytica. Neurol. Centralbl. 1897.

Buchholz, Ueber die akut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica.

Calmeil, De la paralysie chez les aliénés, Paris 1826, und Nouveau dict. de méd., T. XXVIII, p. 173.

Cassierer, Tabes und Psychose. Berlin 1903.

Degenkolb, Beiträge zur Pathologie der kleinen Hirngefäße. Allgem. Zeitschr. f. Psych., LIX.

Duchek, Prager Vierteljahrsschr., H. 1, 1851.

Dupré, Paralysie générale progressive. Ballets Handbuch 1903.

Erb, Syphilis und Tabes. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 1—4, 1904 und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors.

Esquirol, Dict. des sciences médicales, T. VIII, p. 283, 1814, art. „Démence", und später ebenda, T. XVI, p. 211; ferner: Des maladies mentales, T. II, p. 263, 1838.

Falret, J., Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralyt. générales. Paris 1853.

Fürstner, Ueber die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII und zahlreiche frühere Arbeiten dieses Autors.

Derselbe, Zur Pathogenese der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych., Bd. XII.

Gaupp, Neuere Arbeiten über die progressive Paralyse der Irren. Monatsschr. f. Psych., Bd. XCVII.

Derselbe, Die Prognose der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. 1904.

Haslam, Observations on madness and melancholy, p. 259.

Heilbronner, Rindenbefunde bei progressiver Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII.

Hirschl, Die Aetiologie der progressiven Paralyse. Wien 1896.

Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Altsche Sammlung 1900.

Jolly, Syphilis und Geisteskrankheit. Berliner klin. Wochenschr. 1901.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl., Kapitel: Dementia paralytica.

Krafft-Ebing, Die progressive allgemeine Paralyse. Nothnagel, IX, Bd. III.

Laudenheimer, Paralytische Geistesstörung infolge von Zuckerkrankheit (diabetische Pseudoparalyse). Arch. f. Psych., Bd. XXIX.

Lissauer-Storch, Ueber einige Fälle atypisch. progressiver Paralyse. Monatsschr. f Psych. 1901.
Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.
Meyer, E., Ueber cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Berliner klin. Wochenschr. 1904.
Muratow, Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Neurol. Centralbl. 1897.
Naecke, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Centralbl. 1900.
Neisser, Die paralytischen Anfälle. Stuttgart 1894.
Nissl, Die Diagnose der progressiven Paralyse. Ref. im Neurol. Centralbl. 1902, S. 1151 (und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors).
Obersteiner, Die progressive allgemeine Paralyse. Wien 1908.
Raecke, Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.
Derselbe, Die Aetiologie der progressiven Paralyse. Psych. Wochenschr. 1904.
Schäfer, Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych. LIX.
Schüle, Statistische Ergebnisse aus 100 Fällen von progressiver Paralyse. Jahrb. f. Psych. XXII.
Siemerling, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Irren. Charité-Annal. XIII.
Siemerling und Boedeker, Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. Archiv f. Psych.
Starlinger, Beitrag zur pathol. Anatomie der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych. VII.
Stewart, Decrease of general Paralysis of the insane in England and Wales. Journ. of ment. Science 1901.
Straub, Gefäßveränderungen bei allgem. Paralyse. Naturforscherversamml. 1899.
Thomsen, Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu zehn Jahren vorausgehen. Allg. Zeitschr. f. Psych. LII.
Tuczek, Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. Berlin 1884.
Vogt, Das Vorkommen von Plasmazellen in der menschlichen Hirnrinde. Monatsschr. f. Psych. IX.
Voisin, Traité de la paral. générale. Paris 1879.
Weigert, Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neuroglia, 1895.
Westphal, A., Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Char.-Ann. XVIII.
Westphal, C., Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Archiv f. Psych., Bd. I. Außerdem desselben Autors grundlegende Arbeiten über Rückenmarkserkrankungen bei Paralyse. Gesamm. Abhandl. I, 1892.
Willis, De anima brutorum (Amstelodami 1672), Cap. IX, p. 280.

Geistesstörungen bei Arteriosklerose.

Wesen und Lokalisation des Prozesses. Die Arteriosklerose oder atheromatöse Gefäßentartung ist die gewöhnlichste und verbreiteste Erkrankungsform des Zirkulationsapparates im vorgeschrittenen Alter. In der Mehrzahl der Fälle kommt sie nach den 50er Jahren zustande, doch findet sie sich häufig auch schon früher.

Als Ursache für eine vorzeitige Arteriosklerose kommen einmal gewisse Gifte, wie vor allem das Syphilisgift, ferner der Alkohol und wohl auch das Nikotin in Betracht, sodann ist der Einfluß einer unzweckmäßigen Lebensweise und besonders eine zu starke Inanspruchnahme der Muskeln,

sei es durch anstrengende Berufsarbeit, sei es durch übertriebene sportliche Leistungen zu erwähnen. Daneben spielen auch hier hereditäre Einflüsse mit, insofern in manchen Familien eine gewisse Disposition zu frühzeitiger Arteriosklerose besteht.

Die atheromatöse Gefäßentartung betrifft vor allem die Arterien, aber auch die Venen. Sie entwickelt sich meist chronisch und schleichend und kann das ganze Gefäßsystem befallen oder sich auf einzelne Organe oder Organsysteme beschränken. Für uns kommt hier in erster Linie die Arteriosklerose des Gehirns in Betracht und nur in zweiter Linie auch die anderer Gefäßgebiete, insofern wir aus der Beschaffenheit der einer direkten oder indirekten Untersuchung zugänglichen Arterien einen Schluß auf den Zustand der Gehirnarterien ziehen. Als diagnostische Hilfsmomente sind zu nennen: die harte, gespannte Beschaffenheit des Pulses und die Rigidität und Schlängelung der direkt palpierbaren Arterien (Radialis, Temporalis, Carotis) und die Erhöhung des Blutdruckes; die entsprechenden Veränderungen der Retinagefäße, der Befund von Coronararteriensklerose, arteriosklerotischer Schrumpfniere (Albuminurie), von Herzhypertrophie, endlich auch von Diabetes (Sklerose der Pankreasgefäße).

Indessen muß betont werden, daß bei der verschiedenen Verteilung und häufigen Beschränktheit des Degenerationsprozesses ein Schluß von einem Gefäßgebiet auf die Beschaffenheit eines anderen nicht mit Sicherheit gezogen werden kann. Tatsächlich werden auch oft genug bei starker peripherischer Arteriosklerose die Gehirngefäße dünnwandig und zart und umgekehrt bei starker zerebraler Arteriosklerose die Arterien der Peripherie normal gefunden. Die erwähnten Befunde gestatten deshalb einen positiven Schluß erst dann, wenn andere Momente auf eine Beteiligung des Gehirns hinweisen.

Aber auch die Gefäße des Gehirns selbst sind meist keineswegs gleichmäßig betroffen. Bald sind es die Gefäße des Hemisphärenmarkes, bald die der Rinde oder die des Hirnstammes, welche in hochgradigster Weise von dem arteriosklerotischen Prozeß befallen sind, während im übrigen keine oder doch nur geringfügige Veränderungen bestehen.

Pathologische Anatomie.

Vom anatomischen Gesichtspunkt lassen sich verschiedene Varietäten der arteriosklerotischen Hirndegeneration unterscheiden: die vorzugsweise die langen Gefäße des Hemisphärenmarks betreffende Encephalitis subcorticalis chronica, die in den Rindengefäßen lokalisierte, in höherem Alter vorkommende senile Rindenverödung und die perivaskuläre Gliose, die Arteriosklerose der Stammganglien, die arteriosklerotische Bulbärparalyse. Auf die verschiedenen klinischen Bilder wird zum Teil unten eingegangen.

Der arteriosklerotische Prozeß führt zu einem Elastizitätsverlust der Gefäßwandung; die elastische Membran der größeren Gefäße spaltet sich in einzelne Blätter auf, zwischen diesen sammelt sich häufig eine eigenartig homogene Substanz an, in der schließlich auch die gespaltenen Blätter der Elastica aufgehen (Alzheimer, arteriosklerotisch-hyaline Gefäßerkrankung). Weiterhin kommt es infolge Berstens der krankhaft veränderten, oft auch aneurysmatisch erweiterten Gefäßwandungen zu Blutungen, infolge von Thrombosierung der in ihrem Lumen mehr oder minder verengten Gefäße zu Erweichungen und so zu mehr oder weniger umfänglichen Zerstörungen der nervösen Substanz mitsamt der Glia. Obwohl auch die durch diese groben Prozesse bedingten psychischen Störungen unten kurz besprochen sind (siehe postapoplektische Demenz), so kommen hier doch nur die Fälle in Betracht, in denen durch die Zirkulationsstörung infolge der Gefäßerkrankung

keine vollständige Vernichtung der benachbarten Teile stattgefunden hat, sondern nur eine herdförmige Zerstörung des umgebenden nervösen Gewebes, gefolgt von Wucherung der Glia (riesige Gliazellen, starke Faserbildung) oft mit umfangreicher Gefäßneubildung. Auch in vorgeschrittenen Fällen bleiben zwischen diesen Erkrankungsherden immer mehr oder minder ausgedehnte Gebiete erhalten, die annähernd normal und jedenfalls von gröberen Veränderungen frei sind. Es handelt sich also bei der arteriosklerotischen Hirnatrophie um eine ausgesprochene Herderkrankung, was vor allem gegenüber dem diffusen Charakter der Dementia paralytica und auch der Dementia senilis hervorzuheben ist. Die Veränderungen der letzteren werden sich naturgemäß oft zu der arteriosklerotischen Hirnatrophie hinzugesellen, bedeuten dann aber eine Komplikation. — Weiter ist gegenüber der Dementia paralytica bemerkenswert, daß eine diffuse Infiltration der Lymphscheiden mit Plasmazellen oder Lymphocyten, wie wir sie als charakteristisch für jene kennen gelernt haben, bei der arteriosklerotischen Hirnatrophie nicht gefunden wird, während Körnchenzellen bei ihr häufig sind. Auch hier kommt es zur Verdickung der Pia, aber ohne Infiltration, nur durch Bindegewebshyperplasie. — Die arteriosklerotische Atrophie ist naturgemäß auf keinen Teil des Zentralnervensystems beschränkt, sondern kann die verschiedensten Gebiete in Mitleidenschaft ziehen. Häufig finden sich arteriosklerotische Herde im Kleinhirn (insbesondere Corpus dentatum); ferner sekundäre Degenerationen verschiedener Art, insbesondere im Thalamus opticus, in der Pyramidenbahn.

Symptomatologie.

Die klinischen Symptome der arteriosklerotischen Hirnatrophie sind körperliche und geistige. Die körperlichen sind teils subjektiver Art und bestehen in Kopfschmerzen, Druckempfindung im Kopfe, Schwindelanfällen usw., teils handelt es sich um mehr oder weniger schwere objektive Störungen von seiten des Nervensystems, die sich gegenüber den entsprechenden Erscheinungen bei der atypischen Paralyse dadurch kennzeichnen, daß sie meist plötzlich, ohne vorausgegangene Anfälle vorhanden sind und daß sie in ihrer Gruppierung auf die Beteiligung sehr verschiedener, zum Teil weit auseinander liegender, oft beiden Hemisphären angehörender Hirngebiete hinweisen. So findet man gleichzeitig kortikale Lähmungen, aphasische, hemianopische usw. Störungen. Je nach der Lage der Herde und den vorhandenen sekundären Degenerationen kommt es zu Hirnnervenlähmungen (Facialisparesen), zu Extremitätenparesen, einseitiger oder doppelseitiger Steigerung der Patellarreflexe usw. Vielfach besteht eine Sprachstörung von bulbärem Charakter. Reflektorische Pupillenstarre ist selten.

In geistiger Beziehung kann es dauernd oder doch längere Zeit bei gewissen „nervösen“ Störungen bleiben. Wenn dann auch die körperlichen Abweichungen gering sind, so kann man als

nervöse Form der Arteriosklerosis cerebri

eine Gruppe von Fällen zusammenfassen, die sich zwar zu den anderen schwereren Formen weiterentwickeln können, im allgemeinen aber durch einen gutartigen, nicht progressiven Verlauf gekennzeichnet sind. Es fällt zunächst auf eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Die Kranken können nicht mehr andauernd arbeiten, die Fähigkeit zu selbständiger schöpferischer Gedankentätigkeit erlischt, es ist nur noch ein gewohnheitsmäßiges, mehr mechanisches Schaffen möglich. Das Gedächtnis, speziell die Merkfähigkeit ist, insbesondere für Namen und Zahlen, geschwächt. Die Erschwerung des Denkens wird von den Kranken selbst peinlich empfunden, so daß sie vielfach direkt über ein Gefühl des Verdummens, des Blödsinnigwerdens klagen. — Dazu kommen auf körperlichem

Gebiet Kopfschmerz und Schwindelanfälle. Der Kopfschmerz wird meist in die Stirn lokalisiert, seltener in die Scheitel- und Hinterhauptsgegend; oft wird auch nur über ein dumpfes Gefühl des Druckes und der Benommenheit geklagt. Die Schwindelanfälle treten spontan auf oder nur bei körperlicher Anstrengung, beim Stuhlgang, beim Bücken, bei bestimmten Bewegungen. Ferner bestehen Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Ohnmachtsanwandlungen, zuweilen auch rasch vorübergehende Bewußtseinsstörungen oder gleichfalls flüchtige Erschwerungen der Sprache. — Meist besteht dabei schweres Krankheitsgefühl und oft eine chronische Gemütsdepression.

Diese Fälle zeichnen sich im allgemeinen durch eine sehr große Stabilität der Symptome aus; insbesondere bleiben die zuletzt erwähnten Depressionszustände oft jahrzehntelang unverändert, doch entwickelt sich zuweilen die weiter unten besprochene arteriosklerotische Hirndegeneration aus dem soeben beschriebenen Krankheitsbilde. — Die Möglichkeit einer Besserung ist aber vorhanden.

Die arteriosklerotische Epilepsie,

die im Anschluß hieran ihre Besprechung finden möge, kennzeichnet sich durch ihr Auftreten im späteren Lebensalter als eine Epilepsia tarda. Sie tritt bei Individuen, die an ausgesprochener Arteriosklerose, meist auch an schwereren Herzstörungen leiden, in seltenen oder häufigen Anfällen auf, ohne daß dabei psychische Ausfallserscheinungen in erheblicherem Grade zu bestehen brauchten (Alzheimers kardiovasale Form).

Die bisher besprochenen Störungen bilden häufig nur die Einleitung zu den schwereren Formen arteriosklerotischer Hirndegeneration, wie sie gleichzeitig von Binswanger und Alzheimer studiert und beschrieben worden sind.

Von den bis jetzt abgegrenzten Varietäten der arteriosklerotischen Hirndegeneration nimmt die

Encephalitis subcorticalis chronica (Binswanger)

in anatomischer und klinischer Beziehung eine besondere Stellung ein.

Sie ist anatomisch dadurch gekennzeichnet, daß die Rinde und die kurzen Assoziationsfasern unter ihr völlig oder doch relativ frei bleiben, das tiefe Hemisphärenlager dagegen einer oft ganz exzessiven Atrophie verfällt. Dementsprechend hat der Krankheitsprozeß einen umschriebenen, auf bestimmte Gebiete beschränkten, herdartigen Charakter. In klinischer Beziehung sind es gewisse schwere Herderscheinungen, die das Bild von Anfang an beherrschen und mehr oder minder rasch an Schwere zunehmen; dazu kommt auf geistigem Gebiet eine eigenartige partielle Schwäche, die zunächst nur als eine gewisse geistige Verarmung bezeichnet werden kann und erst nach längerem Bestehen der Krankheit den Charakter einer allgemeinen Geistesschwäche gewinnt.

Im einzelnen beginnen diese Fälle präsenil, meist zu Anfang der 50er Jahre. Oft gehen längere Zeit nur solche Erscheinungen voraus, wie wir sie bei der soeben besprochenen „nervösen“ Form kennen gelernt haben. Dann zeigt sich aber, daß die Kranken zunehmend stumpfer und gleichgültiger werden, das Interesse an ihrer Arbeit, an ihrer Umgebung, die geistige Produktivität mehr und mehr

verlieren. Sie sind zerstreut, vergeßlich, lassen Geld und wichtige Gegenstände liegen, vernachlässigen ihre Pflichten, sind ermüdbar, zuweilen ausgesprochen schlafsüchtig, oft auch sehr labil in der Stimmung und reizbar, zu unmotivierten Zorn- und Tränenausbrüchen geneigt. Die Auffassung und der Gedankengang sind deutlich erschwert, die Entschließungen erfolgen langsam. Dabei fehlen eigentliche psychotische Elemente; es ist weder eine Wahnbildung noch eine einigermaßen stabile Stimmungsanomalie vorhanden, wennschon die Kranken entsprechend dem bestehenden Krankheitsgefühl ihren Zustand peinlich empfinden und deshalb deprimiert sind. Dieser kann am besten als eine Art „geistiger Leere (Alzheimer) charakterisiert werden. Auf körperlichem Gebiet treten von vornherein apoplektiforme Anfälle und Ausfallserscheinungen hervor, die besonders häufig die Sprache betreffen und zwar entweder nur in Form einer Erschwerung der Wortfindung oder als motorisch- und sensorisch-aphasische Störungen. Dazu kommen Mono- und Hemiparesen usw. Diese Erscheinungen können sich zunächst wieder ausgleichen, bleiben aber auf der Höhe der Krankheit stationär. Diese wird in sehr schleppendem Verlauf, meist unter Remissionen und Exazerbationen erreicht. Oft treten monate- und selbst jahrelange Stillstände ein, in denen sich deutlich erkennen läßt, daß die Individualität der Kranken nicht zerstört, sondern in wesentlichen Teilen erhalten geblieben ist. Den Endzustand bildet schließlich eine geistige Schwäche, die aber noch lange ihren partiellen Charakter bewahrt. Der Tod erfolgt durch interkurrente Krankheiten, Decubitus, Marasmus, Gehirnlähmung usw.

Von den geschilderten Fällen hebt sich als besonders schwer eine Gruppe ab, bei der meist im Anschluß an einen Schlaganfall ängstliche, mißtrauische Verstimmungen, Verfolungsideen, auch wohl Versündigungswahn auftreten. Schnell entwickelt sich dann ein Zustand der Verwirrtheit: die Kranken finden sich nicht mehr zurecht, verkennen Personen und Ort, verstehen Vorgänge und Worte nicht. Sie sind besonders nachts sehr unruhig, unter Umständen aggressiv. Weiterhin kommt es zu völliger Inkohärenz und schwerer Benommenheit; die Kranken befinden sich in beständiger zweckloser Bewegung, begehen zahllose widersinnige Handlungen, widersetzen sich jetzt blind, um gleich darauf alles ruhig mit sich geschehen zu lassen, zeigen in ihrem Mienenspiel in rein imitatorischer Weise bald den Ausdruck der Aengstlichkeit, bald der zornigen Erregtheit, bald Heiterkeit. — Vielfach führen diese Zustände, während deren die Kranken meist unregelmäßig Nahrung nehmen, unter plötzlichem Kräfteverfall oder nach Entwicklung einer Pneumonie rasch zum Tode. In anderen Fällen tritt eine ruhig fortschreitende Verblödung ein (Kraepelins schwere progressive Form).

Der anatomische Befund der Encephalitis subcorticalis zeigt schon makroskopisch einen auffälligen Gegensatz zwischen dem Zustande der Rinde und dem des Markes. Während an der ersteren außer einer geringen Verschmälerung nichts Besonderes wahrzunehmen ist, erscheint das letztere stark atrophisch, von graulichem Farbenton, von derberen grauen, mehr durchscheinenden Flecken durchsetzt. Die Verschmälerung (Atrophie) des Markes findet sich entweder nur im Bezirk eines oder mehrerer Windungszüge und in einem oder mehreren Hemisphärenabschnitten oder sie betrifft das Marklager eines ganzen Lappens. Dabei erweist sich meist der Hinterhaupts- und Schläfenlappen besonders stark geschädigt, während der Stirnlappen relativ frei bleibt. Die Ventrikel (insbesondere Hinter- und Unterhorn) sind stark erweitert, ihr Ependym verdickt und zuweilen granuliert.

Mikroskopisch läßt sich eine besonders schwere arteriosklerotische Erkrankung der langen Gefäße des tiefen Markes und eine oft die höchsten Grade erreichende Atrophie des tiefen Hemisphärenmarklagers nachweisen. In diesem finden sich überall, am stärksten aber in den mehr oder minder zahlreichen um die Gefäße gelegenen Herden Gliawucherung und Körnchenzellen.

Meist zeigen auch die Gefäße der Stammganglien und der Medulla oblongata

atheromatöse Degeneration (JACOBSOHNS „schwere Form der Arteriosklerose" des Nervensystems), und es finden sich mehr oder minder ausgedehnte Degenerationen, insbesondere der Pyramidenbahn.

Als weitere Unterformen der arteriosklerotischen Hirndegeneration, die allerdings bis jetzt beide mehr ein anatomisches als klinisches Interesse haben, sind ferner von ALZHEIMER beschrieben worden die senile Rindenverödung und die perivaskuläre Gliose. — Beide Formen beschränken sich auf umgrenzte Windungsgebiete. — Zu der subcortikalen Encephalitis steht die senile Rindenverödung in einem gewissen Gegensatz, insofern als bei letzterer nicht das Mark, sondern eben die Rinde Sitz des Krankheitsprozesses ist, der sich um die kurzen, aus der Pia in die Rinde eintretenden Gefäße herum abspielt. Typisch für die Erkrankung ist die hyalin-arteriosklerotische Entartung der kleinen Hirngefäße und der Ausfall des nervösen Gewebes in Form eines mit der Basis der Rindenoberfläche aufsitzenden Keiles. Ganglienzellen und Markfasern sind im Bereich des Herds zugrunde gegangen, der ganze Herd besteht aus einem dichten Gliafilz. Die Herde liegen oft dicht nebeneinander, gewöhnlich aber nur im Bereich einiger Windungen und im Verbreitungsgebiet einer größeren Arterie. Die meist erheblich atrophischen Windungen zeigen dem Einsinken dieser Herde entsprechend zahlreiche punktförmige Einziehungen. Diese Rindenverödung findet sich vorzugsweise im hohen Alter und mit Dementia senilis kompliziert (arteriosklerotische senile Demenz), kommt aber auch in früheren Jahren vor. Je nach der Lokalisation der Herde ergeben sich verschiedene cortikale Herdsymptome.

Die perivaskuläre Gliose kennzeichnet sich anatomisch durch fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und herdförmige sehr hochgradige Gliawucherungen an den schwer entarteten Gefäßen entlang. Die Herde liegen sowohl im Mark wie in der Rinde auf einzelne oder mehrere Windungen beschränkt.

Die postapoplektische Demenz

tritt sekundär im Anschluß an einen mehr oder weniger ausgesprochenen apoplektischen Insult ein. In einer großen Zahl der Fälle hält sie sich in sehr mäßigen Grenzen, so daß die Kranken, nachdem sie sich von dem Insult erholt haben, abgesehen von einer Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, einer leichten Urteilsschwäche und vielleicht einer gewissen Abstumpfung der ethischen Gefühle, auf geistigem Gebiet zunächst keine besonderen Ausfallserscheinungen aufweisen und, soweit dies ihr körperlicher Zustand (halbseitige Lähmung, Sprachstörung) erlaubt, sogar ihrem Beruf wieder nachgehen können. — In anderen Fällen tritt alsbald oder nach wiederholten Insulten ein schwerer Defektzustand ein, der sich durch allgemeinere Gedächtnisstörung, Neigung zum Fabulieren, Abstumpfung gegen die Vorgänge der Außenwelt, mangelhaftes Orientierungsvermögen und oft kindisch-läppisches Benehmen kennzeichnet. Dazu kommen von körperlichen Störungen die dem Sitz des Herdes entsprechenden Lähmungserscheinungen im Facialis- und Extremitätengebiet, eine Erschwerung und Verlangsamung der Sprache, allgemeiner Tremor, Schwindelanfälle usw.

Der Charakter dieser Formen ist ausgesprochen stationär, sowohl in bezug auf die körperlichen wie auf die geistigen Ausfallserscheinungen, die nur gelegentlich neuer Insulte sich schubweise weiterentwickeln. Zuweilen kommt es auch hier zu vorübergehenden Erregungszuständen mit Wahnideen, die zu Verwechslungen mit progressiver Paralyse führen können.

Die **Diagnose der arteriosklerotischen Geistesstörungen** stützt sich in körperlicher Beziehung zunächst auf den Nachweis der atheromatösen Gefäßentartung an den peripherischen Arterien (Rigidität, harter, gespannter Puls), auf den erhöhten Blutdruck und die durch Arteriosklerose bedingten entsprechenden Funktionsstörungen der Niere

(Albuminurie), des Herzens (Symptome der Coronararteriensklerose, Hypertrophie des linken Ventrikels) und des Pankreas (Diabetes); sodann auf das Vorhandensein cerebraler Störungen (Schwindel, Kopfdruck und Kopfschmerz, apoplektiforme Anfälle, Ausfallserscheinungen auf motorischem und sensorischem Gebiet usw.). — In geistiger Beziehung ist besonders in den Anfangsstadien die Verlangsamung und Erschwerung des Gedankenablaufes charakteristisch, die den Kranken selbst zum Bewußtsein kommt, ferner das auffällig lange Erhaltenbleiben der Krankheiteinsicht und gesunder Vorstellungsreste, die auch in vorgeschrittenen Stadien in den plötzlichen Remissionen oft in überraschendster Weise zum Vorschein kommen. — Weiter ist auf den protrahierten Verlauf und die vielfachen, oft lange dauernden Stillstände Gewicht zu legen.

In **differentialdiagnostischer** Hinsicht bedarf die Abgrenzung der arteriosklerotischen Geistesstörung von der Dementia paralytica einiger Bemerkungen. Im allgemeinen gibt hier das Alter der Kranken von vornherein einen Anhaltspunkt, insofern die Dementia paralytica meist früher beginnt. Die Mehrzahl der zweifelhaften Fälle, in denen eine langsam fortschreitende Geistesschwäche erst Anfang der 50er Jahre beginnt, gehört dem Gebiet der Arteriosklerose an; immerhin kommen aber noch im höheren Alter, selbst im 7. Jahrzehnt Erkrankungen vor, die klinisch und anatomisch als Paralyse aufzufassen sind. — Im übrigen kommt auf geistigem Gebiet differentialdiagnostisch in Betracht die Art der geistigen Schwäche, die bei der Dementia paralytica eine mehr allgemeine, dagegen bei der arteriosklerotischen Geistesstörung, dem herdartigen Charakter dieser Krankheit entsprechend, eine mehr partielle ist und hier den Kern der Persönlichkeit lange intakt läßt; dies kommt insbesondere auch in der ziemlich richtigen Beurteilung des eigenen Zustandes seitens des Arteriosklerotikers gegenüber der Uneinsichtigkeit des Paralytikers zum Ausdruck. Weitere klinische Unterscheidungsmerkmale liegen in dem Fehlen der Wahnbildung und des krankhaften Affektes bei der Arteriosklerose, in dem langsameren Eintreten eines erheblicheren Grades von Verblödung, in der Neigung zu plötzlichen weitgehenden Stillständen des Leidens, endlich in dem viel protrahierteren Verlauf der arteriosklerotischen Geistesstörungen. Auf körperlichem Gebiet kommt das Fehlen typischer paralytischer Symptome, wie der charakteristischen Sprachstörung, meist auch der Pupillenstarre in Betracht. — Endlich ist der anatomische Befund charakteristisch, da es sich bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen um umschriebene, um die schwer erkrankten Gefäße angeordnete herdartige Veränderungen handelt, zwischen denen sich normale Hirngebiete in größerer oder geringerer Ausdehnung finden, während der anatomische Prozeß der Dementia paralytica ein im wesentlichen durchaus diffuser ist (s. auch das Kapitel „Dementia paralytica“).

Besondere Schwierigkeiten kann endlich die Abgrenzung der Lissauerschen „Paralyse mit Herderkrankungen“ (s. S. 353) gegenüber der Arteriosklerose machen. Auch bei jener sind aber die Zeichen der für Dementia paralytica charakteristischen psychischen Schwäche meist erkennbar; außerdem können die bei der Arteriosklerose vielgestaltigeren Herderscheinungen, die oft auf die verschiedensten Zentren hinweisen, verwertet werden; endlich wird wiederum

der anatomische Befund, der trotz stärkerer Konzentration des Krankheitsprozesses in einzelnen Hirngebieten, doch auch bei diesen atypischen Fällen der Paralyse seinem Wesen nach ein diffuser bleibt, zu berücksichtigen sein.

Die **Therapie** regelt sich, soweit es sich um leichte und beginnende Störungen handelt, nach den allgemeinen, bei der Behandlung der Arteriosklerose in Betracht kommenden Grundsätzen: Regelung der Lebensweise, insbesondere der Diät; Vermeidung körperlicher und geistiger Ueberanstrengungen und abnorm reizender Genußmittel (Alkohol, Tabak, Kaffee), möglichst Fernhaltung gemütlicher Aufregungen. — Von Medikamenten kann insbesondere bei den nervösen Formen und der arteriosklerotischen Epilepsie das Jodkalium, zweckmäßig in Verbindung mit kleinen Digitalisgaben, angewendet werden. — Für die Fälle ausgesprochener Geistesstörung ist auf die sonst die Behandlung Geisteskranker bestimmenden Gesichtspunkte zu verweisen, die sich nach der Art des speziellen Falles modifizieren. Meist wird Anstaltsbehandlung erforderlich sein.

Literatur.

Alzheimer, Die arterioskleotische Atrophie des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1895.
Derselbe, Ueber perivaskuläre Gliose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.
Derselbe, Neuere Arbeiten über die Dementia sen. und die auf atheromatöser Gefäßerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Monatsschr. f. Psych., Bd. III, 1898.
Derselbe, Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.
Derselbe, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.
Beadler, On the degenerative lesions of the arterial systeme in the Insane etc. Journ. of ment. sc. 1895.
Beyer, Ueber psychische Störungen bei Arteriosklerose. Neurol. Centralbl., Nr. 1, 1896.
Binswanger, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klin. Wochenschr. 1894.
Degenkolb, Beiträge zur Pathologie der kleineren Hirngefäße. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.
Fürstner, Ueber die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX.
Jakobsohn, Ueber die schweren Formen der Arteriosklerose im Zentralnervensystem. Berliner klin. Wochenschr. 1895; Arch. f. Psych. 1895.
Klippel, La pseudoparalysie générale arthritique. Rev. de Psych. 1899.
Meyer, E., Die pathalogische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat über die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Orth-Festschrift.
Mingazzini, Klinische und anatomische Beobachtung über die postapoplektische Demenz. Riv. sperim. di Freniatr. 1897.
Windscheid, Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. 1902.

Senile Geistesstörungen.

Als **Dementia senilis** (Alterschwachsinn) fassen wir jene krankhaften Geisteszustände zusammen, die, im allgemeinen erst im höheren Alter auftretend, durch eine eigenartige, auf einer regressiven Metamorphose des Gehirns (seniler Hirnatrophie diffusen Charakters) be-

ruhende geistige Schwäche ihr charakteristisches Gepräge erhalten.

Diese Schwäche, die sich kennzeichnet insbesondere durch Abnahme der Merkfähigkeit und des Altgedächtnisses, Oberflächlichkeit der Gemütsbewegungen, Einengung der Interessen, Neigung zu persekutorischen und hypochondrischen Vorstellungen, bildet sehr häufig die Grundlage sowohl für isolierte Wahnbildungen, Halluzinationen, Stimmungsanomalien, als auch für geschlossenere psychotische Zustände depressiver, deliriöser, selten expansiver Art.

Dazu können auf körperlichem Gebiet neben den bekannten allgemeinen Erscheinungen der Seneszenz Ausfallerscheinungen besonders motorischer und sensorischer Art kommen, die auf herdförmige Zerstörungen von Gehirnsubstanz zu beziehen sind. — So ergeben sich vielfache Kombinationen der Dementia senilis mit den arteriosklerotischen Geistesstörungen. Indessen lassen sich weder die Erscheinungen der Dementia senilis einfach aus der Arteriosklerose (der kleinen Rindengefäße) erklären, da diese oft äußerst geringfügig ist, noch sind alle arteriosklerotischen Hirnerkrankungen mit Altersveränderungen verbunden.

Nach dem Gesagten ist es verständlich, daß die senilen Geistesstörungen in symptomatischer Beziehung nach dem Grade und der Lokalisation des Krankheitsprozesses sehr große Verschiedenheiten zeigen, und daß eine scharfe Abgrenzung der Unterformen gegeneinander hier ebensowenig wie bei der Dementia paralytica möglich ist, da auch hier die verschiedensten Misch- und Uebergangsformen vorkommen.

Vorkommen.

Die Statistik gibt über die prozentuarische Häufigkeit der Dementia senilis keinen sicheren Aufschluß, da besonders die ruhigen und stillen Formen nur zum kleinen Teil in die Anstalten gelangen, vielmehr sehr oft in Siechenhäusern, allgemeinen Spitälern oder auch in der Familie verpflegt werden.

Im allgemeinen nimmt beim männlichen Geschlecht die Disposition zu geistiger Erkrankung nach dem bosonders zur Dementia paralytica disponierenden Alter, d. h. in den 50er Jahren, erheblich ab, um erst in höheren Jahren wieder anzusteigen. Indessen unterliegt die Zeit des Eintretens der senilen Demenz wie der Grad ihrer Entwicklung sehr großen individuellen Verschiedenheiten.

Als **präsenile Formen** erwähnen wir zunächst eine Gruppe von Fällen, die von Binswanger als **Dementia praesenilis** bezeichnet worden ist. Diese kennzeichnet sich durch einen Zustand geistiger Abstumpfung und körperlicher Schwäche, der sich bei von jeher nicht gerade schwachsinnigen, aber in geistiger Beziehung doch unfertig gebliebenen Individuen zu Anfang der 50er, oft auch schon zu Ende der 40er Jahre entwickelt.

Sie werden stumpf, willensschwach, gleichgültig; das Gedächtnis weist bedenkliche Lücken auf. Die Schaffenskraft erlahmt, schließlich sind sie nur noch zu leichten mechanischen Beschäftigungen, unter Umständen zu einfacher Lektüre fähig, interessieren sich hauptsächlich nur für die Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse, neigen

aber infolge von krankhafter Selbstüberschätzung und unter dem Einfluß affektiver Erregungen zu zweckwidrigen, unter Umständen schädlichen Handlungen und bedürfen deshalb ständiger Beaufsichtigung. — Körperlich ist die schlaffe Haltung, die tonlose zitternde Sprache, ein leichter statischer und ataktischer Tremor zu erwähnen. — Der Zustand ist ziemlich stationär, so daß die Kranken viele Jahre gleichmäßig in dieser geistigen Abstumpfung und körperlichen Schwäche verharren.

Als **präsenilen Beeinträchtigungswahn** beschreibt ferner Kraepelin eine kleine Gruppe von Fällen, in denen, wahrscheinlich auf dem Boden erblicher Veranlagung, im 6. Lebensjahrzehnt, bei Frauen oft schon früher, sich eine große Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen und gesteigerter gemütlicher Erregbarkeit entwickelt.

Im Gegensatz zu dem Senium praecox können die erwähnten Rückbildungsvorgänge selbst im höchsten Alter so geringfügig und wenig eingreifend sein, daß man von einer den physiologischen Rückgang überschreitenden eigentlichen Degenereszenz überhaupt nicht sprechen kann. Insbesondere ist daran festzuhalten, daß auch im Alter vorübergehende und gutartige Psychosen, besonders vom Charakter der Melancholie (oder Hypochondrie), keineswegs selten sind. Diese Formen bezeichnen wir nicht als „senile" Psychosen, weil dieses Epitheton immer das Vorhandensein der obenerwähnten eigenartigen geistigen Schwäche in sich schließt. Nicht das Alter des betreffenden Individuums, sondern diese Schwäche gibt also das Kriterium für die Diagnose einer „senilen" Geistesstörung. Eine bestimmte Altersgrenze, von der ab eine Psychose dieses Beiwort erhalten müßte, existiert nicht.

Aetiologie.

Was die Ursachen betrifft, so pflegt man bei der senilen Demenz der Heredität eine verhältnismäßig geringe Bedeutung beizumessen. Fürstner fand nur bei 20 % seiner Fälle hereditäre Belastung, und zwar auffällig oft in Form organischer Hirnerkrankungen (Apoplexien, Herdaffektionen), die bei den Aszendenten oder in Nebenlinien in vorgerückteren Jahren aufgetreten waren. — Kraepelin konnte Geistesstörungen in der Familie bei wenig mehr als der Hälfte seiner Fälle feststellen. — Doch ist es bei diesen zumeist im hohen Alter stehenden Individuen naturgemäß ganz besonders schwer, zuverlässige Auskunft über diesen Punkt zu erhalten, weil sehr oft außer den Kranken selbst kein Gewährsmann mehr am Leben ist. Man darf nach sonstigen Erfahrungen wohl annehmen, daß diese Zahlen hinter der Wirklichkeit eher zurückbleiben als sie übersteigen.

Krankheitsformen.

Nach allgemeinen Gesichtspunkten können zwei Gruppen seniler Geistesstörung unterschieden werden, nämlich:

1. die im wesentlichen unter dem Bilde der Demenz verlaufenden Fälle,

2. die mehr den Charakter geschlossener psychotischer Krankheitsbilder tragenden Formen.

Da nach dem oben Gesagten bei beiden Gruppen die geistige Schwäche die wesentlichste Voraussetzung ist, so ist mit dieser Einteilung eine prinzipielle Trennung der verschiedenen Formen nicht gegeben; vielmehr bestehen zwischen ihnen nur quantitative Unterschiede.

Beiden Gruppen gemeinsam sind die körperlichen Symptome. Von solchen kommen zunächst die allgemeinen Erscheinungen in Betracht, die den bekannten körperlichen Habitus seniler Individuen ausmachen, also: Schwund des Fettpolsters, Abmagerung, Welkwerden der Haut, Arteriosklerose der sichtbaren Arterien, Abstumpfung der Sinnesfunktionen, insbesondere Schwerhörigkeit, Tremor, gebeugte Körperhaltung, unbehilflicher, trippelnder Gang, Sphinkterenschwäche, Schlaflosigkeit usw. Indessen ist ein Parallelismus zwischen den körperlichen und den geistigen Zeichen des Seniums keineswegs immer vorhanden.

Von begleitenden nervösen Störungen sind auch hier Veränderungen an den Pupillen zu erwähnen, die aber im Senium keineswegs immer die Bedeutung von krankhaften Störungen haben. Daß die absolute Weite und die Lichtreaktion mit dem fortschreitenden Alter normalerweise Veränderungen erleidet, ist an anderer Stelle (s. das Kapitel „Dementia paralytica") erwähnt worden. Auch reflektorische Pupillenstarre ist im Greisenalter verschiedentlich, wenn auch selten, beobachtet, und zwar sowohl bei senil dementen als auch bei körperlich und geistig gesunden Greisen. — Ferner kommen bei Greisen Anfälle vorübergehender Ohnmacht oder auch länger dauernder Bewußtlosigkeit ohne konsekutive Lähmungserscheinungen nicht selten vor (pseudoapoplektische Anfälle, Wernicke), andererseits sind in späteren Stadien der reinen Dementia senilis Lähmungen und Kontrakturen der Extremitäten beobachtet, denen kein genügender anatomischer Befund an der Pyramidenbahn entsprach. Endlich ergeben sich aus der häufigen Komplikation der senilen Hirnatrophie mit arteriosklerotischen Herderkrankungen (thrombotischen und embolischen Erweichungen, Blutungen) mannigfache Ausfallserscheinungen, die aber mit der Dementia senilis als solcher nichts zu tun haben.

Eine klinisch und anatomisch besondere Form stellt die der „Dementia paralytica mit Herderscheinungen" zur Seite zu setzende „Dementia senilis mit Herderscheinungen" dar, bei der es infolge einer lokalisierten stärkeren Konzentration des diffusen Krankheitsprozesses zu epileptiformen und apoplektiformen Anfällen und entsprechenden, dauernden Herderscheinungen kommt. Diese umschriebenen Atrophien betreffen besonders oft den Scheitel- und Schläfenlappen und führen nicht selten zu aphasischen Störungen.

Die unter dem Bilde der Demenz verlaufenden Fälle stellen nur eine Steigerung der noch in die physiologische Breite fallenden Altersveränderungen ins Pathologische hinein dar. Unmerklich vollzieht sich eine Aenderung der Persönlichkeit derart, daß gewisse individuelle Züge, die früher vielleicht eine charakteristische Eigenheit des Betreffenden ausgemacht haben, stärker und oft gewissermaßen karikiert hervortreten: Der immer vorhanden gewesene Sinn für Ordnung und Pünktlichkeit wird zu kleinlicher Pedanterie, die Festigkeit und Willensstärke zu störrischem Eigensinn, die kluge

Vorsicht zu unvernünftigem Mißtrauen, der haushälterische Sinn zu schmutzigem Geiz. Oft macht sich schon früh eine Abstumpfung des ethischen und ästhetischen Gefühls bemerkbar; die Kranken werden unordentlich, müssen zu der gewöhnlichen Pflege des Körpers angehalten werden, sie verstoßen gegen Gesetze des Anstandes, werden rücksichtslos in der Befriedigung ihrer Triebe (unsittliche Handlungen seniler Individuen). Die Stimmung ist vielfach gereizt, verdrossen, schwankend zwischen kindischer Heiterkeit und schwächlicher Rührseligkeit. Dabei fehlen zunächst gröbere intellektuelle Ausfallserscheinungen; die geistige Regsamkeit bleibt erhalten, die Aufmerksamkeit desgleichen, dagegen erfolgen die Wahrnehmungen ungenau und lückenhaft, wichtige Einzelheiten werden übersehen, Personen und Situationen vielfach verkannt. Infolgedessen und der meist bestehenden Störung der Merkfähigkeit leidet die Orientierung in mehr oder minder hohem Grade. Erinnerungstäuschungen treten auf, wohl auch Andeutungen von Konfabulationen. Vielfach bestehen schwankende Bewußtseinszustände zwischen relativer Klarheit und traumhafter Benommenheit. So kommt es, daß die Krankin bald alle zeitlichen und örtlichen Verhältnisse durcheinander bringen, trotz ihrer 70 oder 80 Jahre nach ihren Eltern verlangen, sich in ihrer eigenen Häuslichkeit nicht zurechtfinden, nachts im Hause herumirren, zwecklos in ihren Sachen kramen, ohne selbst zu wissen, was sie suchen usw., bald wiederum ein äußerlich geordnetes Verhalten zeigen und die ihnen noch gebliebenen Erinnerungen und Vorstellungsreste in zusammenhängender Weise verwerten. Dies kann unter Umständen bei der Umgebung zu groben Täuschungen über den tatsächlichen Geisteszustand dieser Individuen Anlaß geben.

So brachte ein Kranker meiner Beobachtung, der neben schwer gestörter Merkfähigkeit die erwähnten Bewußtseinsschwankungen zeigte, kürzlich auch einen halluzinatorischen Zustand mit Verfolgungswahn und Selbstmordversuch durchgemacht hatte, der aber aus der weit zurückliegenden Vergangenheit noch gelegentlich ganz zusammenhängend und amüsant erzählen konnte, gelegentlich des Entmündigungsverfahrens eine (ärztliche!) Bescheinigung bei, nach der er durch besonders regen Geist, großartige Auffassung, logische Gliederung und Schlußfolgerung, Esprit usw. Bewunderung erregen müsse und nur eine gewisse Zerstreutheit und Gedächtnisschwäche für die Gegenwart zeige, wie sie aber auch bei jüngeren Gelehrten häufig vorhanden sei. Im Entmündigungstermin nannte er als Jahreszahl 1837 oder 1847, beklagte es, daß er (der 80jährige!) keine Eltern mehr habe, wußte von der Gegenwart so gut wie nichts, erzählte aber in geordneter Weise allerhand Erlebnisse aus der weiter zurückliegenden Vergangenheit.

Die Entschließungen der Kranken entbehren der Festigkeit, sie unterliegen allen möglichen Einflüssen und werden vielfach ausgebeutet. Mit dem Fortschreiten dieser Störungen stellt sich schließlich ein stumpfes und nur noch der Befriedigung niederer sinnlicher Triebe dienendes Verhalten ein. Zu dem Merkfähigkeitsdefekt gesellt sich eine zunehmende Schwäche auch des Altgedächtnisses, bis schließlich ein Zustand mehr oder minder tiefen Blödsinns erreicht ist.

Auf dem Boden der geistigen Schwäche treten sehr häufig einzelne Sinnestäuschungen besonders optischer Art oder auch leicht delirante Zustände vorwiegend zur Nachtzeit auf. Ebenso werden nicht selten wahnhafte Gedankengänge hypochondrischer Art oder Beeinträchtigungsideen geäußert, die durch ihre Unsinnigkeit und fehlende assoziative Verknüpfung ihren Ursprung aus geistiger Schwäche verraten.

Von den mehr **den Charakter geschlossener psychotischer Zustandsbilder tragenden Formen** sind zunächst die Fälle zu erwähnen, die unter dem Bilde der Korsakowschen (amnestischen) Geistesstörung erscheinen (vgl. das Kapitel „Alkoholpsychosen").

Diese nach Kahlbaums Vorgang von Wernicke als **Presbyophrenie** bezeichnete Form, die den schärfsten Typus der senilen Geistesstörungen darstellt, scheint das weibliche Geschlecht entschieden zu bevorzugen und kennzeichnet sich durch die tiefe Störung der Merkfähigkeit, die Neigung zur Konfabulation und die schwere Beeinträchtigung des örtlichen und zeitlichen Orientierungsvermögens bei erhaltener Aufmerksamkeit und Ordnung des Gedankenganges, leidlicher Urteilsfähigkeit und indifferenter oder leicht euphorischer Gemütslage. Anklänge an Zustände dieser Art kommen auch sonst bei senil Dementen vielfach vor (s. oben). Hier fällt es aber bei dem äußerlich korrekten und geordneten Verhalten dieser Kranken ganz besonders auf, wenn sie alles nach kürzester Zeit wieder vergessen, über die wichtigsten, sie selbst betreffenden Daten, wie Namen, Geburtstag, Familienverhältnisse, die Generation, der sie angehören usw., völlig im unklaren sind und dementsprechend die unrichtigsten und widersprechendsten Antworten geben, sich auch nach längerem Aufenthalt in der Oertlichkeit und in den Personen ganz und gar nicht auskennen usw. — In anderen Fällen zeigt die Stimmung dieser Kranken mehr einen leicht gereizten oder zornmütigen Charakter.

Die Presbyophrenie tritt entweder als chronische oder als akute, delirante Form auf; in letzterem Falle besteht gleichzeitig ein mäßiger Grad von Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit und zeitweiliges Halluzinieren, besonders auf optischem Gebiet. Die chronische Form ist als unheilbar anzusehen und geht schließlich in einfache senile Demenz über; die akute kann innerhalb einiger Wochen zur Heilung kommen.

Die übrigen auf dem Boden des Seniums entstehenden psychotischen Zustände können die senil modifizierten Züge der verschiedensten funktionellen Geistesstörungen tragen. Wir sehen am häufigsten melancholische und hypochondrische, ferner paranoische Formen und halluzinatorische Verwirrtheitszustände, dagegen verhältnismäßig sehr selten manische Bilder, es sei denn, daß es sich um einen im Senium eintretenden Anfall des manisch-depressiven Irreseins handelt.

Die an Häufigkeit weit überwiegenden **senilen Depressionszustände**, die unter dem Bilde einer Melancholie auftreten, kennzeichnen sich häufig durch triebartige Unruhe, Neigung zur Selbstbeschädigung und zu raptusartigen Gewalthandlungen, sowie durch unsinnige Versündigungs-, Verarmungs- und Kleinheitsideen, die meist in monotoner Weise immer wieder vorgebracht werden. Auch die sehr häufigen hypochondrischen Wahnideen lassen in ihrem absurden Inhalt den Ursprung aus der geistigen Schwäche erkennen. Die Kranken haben alles Böse der Welt begangen, müssen die Kurkosten für alle Kranken der Welt bezahlen; alles, was auf der Welt passiert, ist ihre Schuld, alle Menschen müssen ihretwegen sterben, alles befindet sich ihretwegen im Wasser, geht zugrunde, sie reden eine Sprache, die niemand

verstehen kann, sie werden immer kleiner, ihre Finger und Arme immer kürzer, sie fliegen fort; man kommt, sie zu holen, um sie zu vergiften, in unerhörter Weise zu martern usw. — Dabei besteht meist kein lebhafter Affekt, sondern eine gemütliche Stumpfheit. — Sehr häufig sind lebhafte Halluzinationen des Gehörs und des Gesichts, die besonders des Nachts auftreten. Oft verbinden sich diese melancholisch-hypochondrischen Formen mit persekutorischen Vorstellungen.

Die **senil-paranoischen Zustände** beginnen allmählich mit Reizbarkeit und Verschlossenheit, Mißtrauen gegen die Umgebnng; weiterhin werden zahlreiche hypochondrische und Verfolgungsideen ziemlich dürftiger und zusammenhangloser Art geäußert.

Endlich sind noch die **akut auftretenden Verwirrtheitszustände** zu erwähnen, die von Fürstner als senile Form des halluzinatorischen Irreseins, von Kraepelin als deliriöse Erkrankungen des Greisenalters (von Salgó als akute senile Demenz) beschrieben worden sind.

Der Ausbruch erfolgt meist, nachdem bis dahin nur allgemeine Erscheinungen des senilen Rückganges bestanden haben, akut, vielfach im Anschluß an einen apoplektischen Anfall, eine körperliche Erkrankung (Magen-Darmaffektion, Bronchialkatarrh, Influenza usw. und dadurch bedingte Ernährungs- und Schlafstörung), einen operativen Eingriff (Kataraktextraktion), ein Trauma.

Die Krankheit kennzeichnet sich durch starke Bewußtseinstrübung, Inkohärenz, Verlust der Orientierung und Verkennung der Umgebung, lebhafte Sinnestäuschungen meist schreckhaften Inhaltes, große motorische Unruhe.

Im weiteren Verlauf kommt es zu plötzlichen Nachlässen, nach denen die Erregung und Verwirrtheit meist aber wieder einsetzt. Vielfach führt der Kräfteverbrauch zu Kollaps und Tod. In anderen Fällen tritt Beruhigung und der frühere Zustand ein, endlich gehen manche Fälle in einen Zustand weinerlich ängstlicher Schwäche über.

Pathologische Anatomie.

Von makroskopischen Befunden kommen im wesentlichen in Betracht am Gehirn und seinen Häuten: Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach, Schlaffheit und Faltung der Dura besonders über dem Stirnhirn, Hydrocephalus externus. Trübung und Verdickung der weichen Häute, die zuweilen mit der Hirnoberfläche verwachsen sind. Allgemeine, im Stirnhirngebiet aber besonders ausgesprochene Atrophie des Gehirns und Gewichtsverlust, der den Mantelteil weit stärker betrifft als das Kleinhirn und den Stamm. Die Windungen sind verschmälert, die Furchen zum Teil klaffend; die weiße Substanz ist atrophisch. Ferner bestehen Dilatation und Hydrops der Ventrikel, Verdickung, nicht selten auch Granulierung des Ventrikelependyms, endlich Thrombosen und Embolien mit konsekutiven Erweichungen.

Im Rückenmark Abnahme des Durchmessers und des Gewichtes. Verdickung der weichen Häute und Einlagerung von Knochenplättchen, Vermehrung der Spinalflüssigkeit.

Mikroskopisch finden sich in den Fällen einfacher, nicht mit Arteriosklerose komplizierter Dementia senilis diffuse Veränderungen vorzugsweise der Hirnrinde; aber auch das übrige Zentralnervensystem ist meist in Mitleidenschaft gezogen. Die Ganglienzellen der Hirnrinde und zwar auch die normalerweise pigmentfreien sind stark pigmentiert und zeigen Erkrankungen meist chronischer Art, ohne aber in ihrer Anordnung gestört zu sein, so daß die Rindenarchitektonik erhalten bleibt. Die Nervenfasern sind meist wenig geschädigt, am meisten die Tangentialfasern, abgesehen von den Fällen mit Herden besonders schwerer Erkrankung, die dann zu ausgedehntem Faserausfall führen kann. An der Glia finden sich Entartungs- und Wucherungsvor-

gänge, letztere charakterisiert durch die Bildung besonders feiner, zu Plaques vereinigter Fäserchen. Die Gefäße zeigen regressive Veränderungen (Schlängelung, Pigmentierung und fettige Degeneration der Endothelzellen, Spaltung der elastischen Membran, Degeneration der Muscularis, Pigmentierung und Zerfall der Adventitialzellen), aber keine zellige Infiltration der Lymphscheiden, wie wir sie als charakteristisch für die Dementia paralytica kennen gelernt haben, auch keine Stäbchenzellen. Im übrigen Zentralnervensystem finden sich ähnliche, aber weniger ausgesprochene Veränderungen: im Hemisphärenmark, im Thalamus, im Rückenmark, hier aber nicht als Systemerkrankungen, sondern als Rand- und Seiten- und Hinterstrangssklerosen.

Diagnose.

Da zwischen den physiologischen Rückbildungsvorgängen und den pathologischen Schwächezuständen des Alters fließende Uebergänge bestehen, ist hier eine scharfe Abgrenzung nicht möglich. Als charakteristisch für die letzteren kann wohl die Merkstörung und vielfach mangelhafte Orientierung bei erhaltener Regsamkeit und Aufmerksamkeit angesehen werden, ferner auch die egozentrische Interessenrichtung, die Neigung zu wahnhafter Eigenbeziehung, die wechselnden Bewußtseinszustände im oben dargelegten Sinne. Diese Züge lassen sich auch bei den im Greisenalter auftretenden funktionellen Psychosen zum Teil feststellen und diagnostisch verwerten. Bis zu einem gewissen Grade charakteristisch ist auch die relative Häufigkeit der besonders zur Nachtzeit auftretenden schrecklichen, beängstigenden Halluzinationen bei allen diesen senilen Formen.

Bei den typischen Schwächezuständen des hohen Alters wird die Differentialdiagnose keine Schwierigkeit machen. Dagegen kommt bei den präsenilen Formen die Abgrenzung von der arteriosklerotischen Geistesstörung, der Dementia paralytica und der Lues cerebri in Betracht.

Mit Bezug auf die Arteriosklerose und die Lues cerebri kann auf die betreffenden Kapitel verwiesen werden. — Die Unterscheidung von der Dementia paralytica (siehe dort) kann unter Umständen schwierig sein. So verschieden die Gewebserkrankungen bei beiden Krankheiten sind, so können doch auch im Senium histologische Befunde vorkommen, die abgesehen von gewissen durch das hohe Alter bedingten Besonderheiten ganz mit denen bei Dementia paralytica übereinstimmen. Es gibt also wohl unzweifelhaft auch im Senium noch echte paralytische Erkrankungen. Im übrigen wird die Differentialdiagnose meist möglich sein aus der verschiedenen Art der geistigen Schwäche, dem späteren Eintreten schwerer Lähmungserscheinungen bei der Dementia senilis, der Seltenheit der reflektorischen Pupillenstarre bei dieser, dem Fehlen der typischen Sprachstörung, dem im ganzen viel langsameren Verlauf der Dementia senilis.

Die **Therapie** kann bei den senilen Geistesstörungen nur eine symptomatische sein. Gegen die Schlaflosigkeit ist die Anwendung des Amylenhydrats und des Paraldehyds warm zu empfehlen, das von den Kranken meist sehr gut vertragen wird. — Bei den Zuständen akuter halluzinatorischer Verwirrtheit kommen alle für die Behandlung der akuten Psychosen erprobten Maßregeln, insbesondere die Anwendung des Dauerbades, unter Umständen auch die künstliche Ernährung in Betracht.

In forensischer Beziehung kann die senile Demenz der Beurteilung besonders dann große Schwierigkeiten machen, wenn es sich um die Frage der Geschäftsfähigkeit, insbesondere der Testierfähigkeit handelt. Die Entscheidung muß von Fall zu Fall erfolgen. — Unter den strafrechtlichen Konflikten seniler Individuen stehen Fahrlässigkeits- und Sittlichkeitsvergehen an erster Stelle. Bei kriminellen Greisen sollte die Frage der Zurechnungsfähigkeit immer geprüft werden.

Literatur.

Außer den Lehrbüchern der Psychiatrie:

Alzheimer, Neuere Arbeiten über die Dementia senilis. Monatsschr. f. Psych., Bd. III.

Derselbe, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Seelenstörungen des Greisenalters. Neurol. Centralbl. 1898.

Binswanger, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 52, 1894.

Campbell, The morbid changes in the cerebrospinal nervous system of the aged insane. Journ. of ment. sc. 1894.

Clouston, The neuroses and psychoses of decadence. The Brit. med. Journ., July 1898.

Fürstner, Ueber die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX, 1889.

Mendel, Das Delirium hallucinatorium. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 29, 1894.

Moeli, Weitere Mitteilungen über Pupillenreaktion. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 18 u. 19, 1897.

Noetzli, Ueber die Dementia senilis. Mitteilungen aus klinischen und medizinischen Instituten der Schweiz, III. Reihe, 4. H.

Salgo, Die funktionellen Geistesstörungen im Greisenalter. (Referat in Mendels Jahresbericht 1902.) Gyogyoszat, Nr. 19.

Schmidt, H., Die Geistesstörungen des Greisenalters. Deutsche Medizinalzeitung, Nr. 9—15, 1898.

Siemerling, Ueber die Veränderung der Pupillenreaktion bei Geisteskranken. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 44, 1895.

Zingerle, Ueber Geistesstörungen im Greisenalter. Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark, Nr. 9, 1898.

Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Streng genommen kommen hier nur die Fälle in Betracht, in denen ein direkter ätiologischer Zusammenhang der psychischen Störung mit der Gehirnsyphilis besteht, mit anderen Worten in denen jene von dieser ebenso abhängig ist wie die körperlichen Symptome der Gehirnerkrankung. Obwohl sich nun ein solcher Zusammenhang für die lediglich mit psychischen Störungen funktioneller Art verlaufenden Fälle von Gehirnsyphilis vielfach nicht erbringen läßt, so werden doch auch diese in den Kreis der Betrachtung zu ziehen sein.

Die Aetiologie fällt mit der der Gehirnsyphilis zusammen, dazu kommen prädisponierende Momente, also hereditäre Einflüsse, ferner Traumen, Alkoholmißbrauch und andere Intoxikationen, vielleicht auch Ueberanstrengung und andere erschöpfende Anlässe insofern sie den Angriff des syphilitischen Virus auf das Zentralnervensystem insbesondere das Gehirn begünstigen.

Krankheitsformen.

Bei syphilitisch Infizierten können sich verschiedenartige nervöse und psychische Störungen einstellen, ohne daß dafür die Infektion als solche ätiologisch verantwortlich zu machen wäre. So wird die bloße Tatsache der stattgehabten Infektion nicht selten die Quelle gemütlicher Erregungen, die an und für sich als physiologisch gelten, bei entsprechender Disposition aber der Ausgangspunkt tieferer Verstimmungen und krankhafter, insbesondere hypochondrischer Vorstellungen werden können. Zweifelhaft ist der Zusammenhang mit der Syphilis auch in den Fällen, in denen diese infolge eines durch sie bedingten allgemeinen Schwächezustandes die Grundlage psychisch-nervöser Krankeitserscheinungen wird; immerhin wäre hier an die Möglichkeit einer direkten Einwirkung des Syphilisgiftes auf die Hirnrinde zu denken. Es handelt sich dabei um neurasthenische Zustandsbilder meist mit hypochondrischer Färbung (Syphilisneurasthenie und -hypochondrie). Gewisse Beziehungen zwischen Syphilis und Hysterie zeigen sich einerseits darin, daß sich hysterische Züge den erwähnten Fällen von Syphilisneurasthenie häufig beimengen, und daß andererseits durch die hinzutretende Syphilis akute mächtige Ausbrüche einer schon vorher bestehenden Hysterie bewirkt werden (Jolly). Im letzteren Falle dürfte aber wiederum das in der Ansteckung gegebene psychische Moment die Hauptrolle spielen.

Was die eigentlichen, durch Syphilis bedingten Geistesstörungen betrifft, so gibt es keine einheitliche Syphilispsychose. Die verschiedenartigen hierher gehörigen Krankheitsbilder werden vielfach eingeleitet durch Störungen mehr allgemeiner, an Neurasthenie erinnernder Art, die aber doch durch gewisse Anzeichen auf eine tiefgreifende geistige Schädigung und ein organisches Hirnleiden hinweisen.

Von den in Betracht kommenden Formen sind relativ häufig und in neuerer Zeit genauer erforscht gewisse geistige Schwächezustände, die vielfache klinische Beziehungen zur Dementia paralytica haben. Diese Fälle entsprechen im wesentlichen der postsyphilitischen Demenz (Binswanger); sie sind neuerdings von Kraepelin als syphilitische Pseudoparalyse zusammengefaßt worden.

Nach den erwähnten Prodromen zeigen sich deutliche geistige Ausfallserscheinungen (Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit; die Kranken sind zerstreut, ermüden leicht, sind zeitweise unklar), wobei aber die Urteilsfähigkeit zunächst verhältnismäßig wenig betroffen zu sein pflegt. Auch sonst macht sich hier vielfach eine ungleichmäßige Beteiligung der einzelnen seelischen Leistungen geltend; bald ist vorzugsweise die Auffassung geschädigt, bald überwiegt die Merkschwäche, bald die gemütliche Abstumpfung. Sehr oft beurteilen die Kranken ihren Zustand ziemlich richtig, nehmen auch noch Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung und bewahren lange eine gute äußere Haltung. Wahnvorstellungen bilden keine regelmäßige Erscheinung, treten aber öfters als Verfolgungs-, Größen- oder hypochondrische Ideen auf. In manchen Fällen kommt es zu kürzer oder länger dauernden Erregungszuständen manischer Art mit Rededrang, Ideenflucht und Größenideen. Auch deliriöse Zu-Zustände mit Personenverkennung und lebhaften Sinnestäuschungen

kommen episodisch vor. Die letztgenannten beiden Zustandsbilder werden übrigens unter der Bezeichnung deliriöse Verwirrtheit und expansive Pseudoparalyse auch als selbständige syphilitische Psychosen beschrieben.

In körperlicher Hinsicht finden sich mannigfache Zeichen der Gehirnerkrankung. In den Fällen mit Gummabildung kann das Krankheitsbild völlig dem eines Hirntumors entsprechen; wir finden die bekannten Allgemein- und Herdsymptome der raumbeschränkenden Erkrankung des Schädelinnern. Im einzelnen werden Anfälle epileptischer (Rindenepilepsie) und apoplektischer Art sehr häufig beobachtet, von Lähmungen besonders solche der Augenmuskeln, ferner reflektorische oder totale Pupillenstarre (vielfach nur einseitig), auch Neuritis optica. Die Sprache ist zuweilen etwas stockend, verlangsamt, skandierend, aber meist nicht schwer gestört und nicht selten auch ganz normal. Auch die Schrift ist meist wenig verändert. Lähmungserscheinungen an den Gliedern, Störungen des Ganges, Rombergsches Symptom, Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, nicht selten ungleichmäßig auf beiden Seiten, Fußclonus, Babinskisches Symptom usw. sind oft vorhanden. Zuweilen finden sich am Körper die Zeichen älterer syphilitischer Erkrankungen. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergibt eine oft nur mäßige Lymphocytose; im Blut findet sich Hemmung der Hämolyse, in der Spinalflüssigkeit dagegen meist nicht.

Der Verlauf der syphilitischen Pseudoparalyse ist im allgemeinen langsam und zuweilen durch jahrelange Stillstände und erhebliche Schwankungen gekennzeichnet. Auch die körperlichen Erscheinungen sind oft von wechselnder, flüchtiger Art. — Meist tritt allmählich ein stationärer geistiger Schwächezustand mäßigen Grades ein; die Kranken zeigen eine auffällige Sorglosigkeit und Zuversichtlichkeit, sind reizbar, bestimmbar und urteilsschwach. In anderen Fällen entwickelt sich eine zunehmende Teilnahmlosigkeit und Geistesschwäche bis zu ausgesprochenem Blödsinn. Die körperlichen Störungen können sich dabei bis auf geringe Reste zurückbilden.

In einer Reihe von Fällen treten im Krankheitsbilde wiederholte apoplektische Insulte auffallend hervor; auch dabei kommt es allmählich zu geistigen Ausfallserscheinungen von eigenartiger Partialität, so daß diese Kranken vielfach an Fälle von arteriosklerotischer Hirnerkrankung erinnern. Sie sind in auffallend zuversichtlicher, ihrer Lage wenig entsprechender Stimmung, dann auch wieder kleinmütig, weinerlich, nörgelig, im näheren Verkehr unverträglich, reizbar. Sie sind vergeßlich, urteilsschwach, in sittlicher Beziehung stumpf, willensschwach und bestimmbar, so daß sie irgendwelchen höheren geistigen Anforderungen nicht genügen können. Dazu kommen die oben erwähnten körperlichen Störungen in verschieden starker Ausprägung. Auch hier kommen deliriöse Verwirrtheits-, manische Erregungszustände, Wahnbildungen episodisch vor. Diese Zustände sind gleichfalls oft von sehr stationärem Charakter. Zuweilen erfolgt das Ende plötzlich infolge eines neuen Schlaganfalles.

Im Zusammenhang mit der syphilitischen Erkrankung scheinen ferner gewisse paranoide Krankheitsbilder vorzukommen, (Kraepelin), die durch die langsame Entwicklung von Wahnideen meist der Verfolgung, seltener der Versündigung, und Sinnestäuschungen bei erhaltener Besonnenheit gekennzeichnet sind. Vielfach besteht dabei große Reizbarkeit mit plötzlichen unmotivierten Ausbrüchen.

Körperliche Störungen sind vorhanden, aber meist nicht sehr ausgesprochen.

Im Anschluß hieran sei auf gewisse nichtparalytische psychische Störungen hingewiesen, die sich im Verlauf der Tabes dorsalis zuweilen einstellen. Abgesehen von leichteren Störungen mehr elementarer Art werden auch hier paranoide Zustände nicht selten beobachtet, teils in der Form des akuten halluzinatorischen Alkoholwahnsinns (s. das Kapitel Alkoholpsychosen), teils in mehr chronischer Form mit Wahnideen (Wahn körperlicher Beeinflussung) und Sinnestäuschungen.

Auf dem Boden der Lues cerebi entsteht endlich nicht selten eine Form der Epilepsie. Die Anfälle zeigen dabei im allgemeinen dieselben Abarten, wie wir sie bei der echten Epilepsie kennen, treten aber meist erst im etwas reiferen Alter auf. Bei genauerer Untersuchung finden sich diese oder jene körperliche Zeichen der Hirnerkrankungen (Augenmuskellähmungen, Pupillenveränderungen, Hemiparesen usw.), die auf die Besonderheit des Falles hinweisen.

Die serologische Untersuchung hat endlich in neuester Zeit Beziehungen zwischen kongenitaler Syphilis und gewissen psychischen Entwicklungshemmungen aufgedeckt.

Pathologische Anatomie.

In bezug auf die Lokalisation des syphilitischen Krankheitsprozesses lassen sich 3 Gruppen unterscheiden, nämlich 1. die Fälle mit Bildung zirkumskripter Gummiknoten (rein gummöse Formen), 2. die gummös-meningitischen Prozesse an der Basis oder der Konvexität (meningitische Formen), 3. die syphilitischen Gefäßerkrankungen (vaskuläre Formen). Bei den Fällen der 3. Gruppe sind wiederum zu unterscheiden solche, bei denen vorzugsweise die großen Hirngefäße, und solche, bei denen die kleinen Rindengefäße betroffen sind. Uebrigens lassen sich diese Formen nicht scharf voneinander abgrenzen.

Die isolierten Gummigeschwülste finden sich an den Häuten des Gehirns oder in der Hirnsubstanz selbst, teils mit Erweichungen und meningitischen Infiltrationen, teils ohne solche. — Die luetisch-meningitische Infiltration kann sich auf die Basis oder auf die Konvexität beschränken, seltener ergreift sie beide Regionen. Die gummöse Meningitis der Basis bevorzugt die Gegend zwischen Chiasma und vorderem Brückenrand, erstreckt sich aber auch weiter nach vorn und nach hinten. Dieser Lokalisation entsprechend findet man vorzugsweise den Nervus opticus und oculomotorius in meningitische Infiltrationen eingebettet oder selbst durchwachsen; häufig sind aber auch die anderen Hirnnerven (Olfactorius, Abducens, Trochlearis, seltener Facialis, Trigeminus, Acusticus usw.) geschädigt. — Infolge der Neigung der meningitischen Infiltrationen, an den benachbarten großen Gefäßen in die Gehirnsubstanz selbst vorzudringen, kommt es häufig zu Erweichungen.

Mikroskopisch zeigt die frische luetische Meningitis eine massige, nahezu gleichartige Infiltration der Pia mit Lymphocyten. Diese Infiltration erfüllt, abweichend von dem Verhalten bei der Dementia paralytica, auch die Wandungen der Pialgefäße und das interstitielle Gewebe der Nerven. In den stärksten Anhäufungen der Infiltrationszellen kommt es weiterhin teils zu herdförmigem Zerfall, teils zu derber Schwartenbildung. Die Beteiligung

der Hirnrinde erfolgt erst sekundär in deutlicher Abhängigkeit von der Pialerkrankung, von außen nach innen an Intensität abnehmend. Wenn die Erkrankung auf das Nervengewebe übergegriffen hat, findet man auch hier eine Infiltration der Lymphscheiden mit massenhaften Lymphocyten, aber nur spärliche und nicht immer deutlich als solche charakterisierte Plasmazellen. An den Stellen stärkster Infiltration geht das Nervengewebe zugrunde, die der Pia benachbarten Teile des Hirngewebes gehen in einer gleichmäßigen Infiltration auf, die Grenzen zwischen Pia und Nervengewebe verwischen sich völlig. — Oft werden die vorstehend skizzierten anatomischen Bilder dadurch kompliziert, daß in der meningitischen Pia oder sonst irgendwo im Hirngewebe größere Gummiknoten auftreten oder daß infolge von Gefäßerkrankung Thrombosen und Erweichungen entstehen. Die Endarteriitis luetica kann, wenn sie ausschließlich oder ganz überwiegend die kleinen Rindengefäße betrifft, nicht nur in klinischer, sondern auch in anatomischer Beziehung zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Dementia paralytica führen. Als besondere Unterscheidungsmerkmale kommen unter anderem in Betracht: die viel hochgradigere Wucherung der Gefäßzellen, die schließlich eine völlige Verwischung der Grenzen der Gefäßhäute herbeiführt, wie wir das bei der Paralyse nicht sehen — das Fehlen einer Infiltration der Lymphscheiden — die ungleichmäßige Verteilung und Intensität der Veränderungen — die größere Neigung zu kleineren und größeren Erweichungsherden im ganzen zentralen Nervensystem (Alzheimer).

Diagnose.

Die Diagnose muß von der Feststellung ausgehen, ob das Syphilisgift noch im Körper vorhanden ist. Zu diesem Zwecke ist die serologische Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit vorzunehmen. Diese ergibt bei der Lues cerebri Komplementablenkung im Blute, dagegen meist nicht in der Spinalflüssigkeit. Nur der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist beweisend. Hiermit ist indessen die syphilitische Natur einer bestehenden Geistesstörung noch keineswegs sichergestellt. Bei dem Fehlen eines bestimmten Typus der syphilitischen Psychose kann diese auch aus dem klinischen Bilde nicht unmittelbar erschlossen werden. Immerhin kann die Art, die Gruppierung und der oft vorhandene flüchtige Charakter der körperlich-nervösen Störungen, in geringerem Grade auch der eigenartige geistige Defekt es sehr wahrscheinlich machen, daß eine syphilitische Psychose vorliegt. Dazu kommen in manchen Fällen noch sonstige körperliche Zeichen der syphilitischen Erkrankung, wie Hautnarben, Drüsenschwellungen, Knochenauftreibungen, Veränderungen an den Augen usw., bei kongenitaler Syphilis insbesondere noch die sogenannte Hutchinsonsche Trias (interstitielle Keratitis, plötzlich im jugendlichen Alter entstandene Taubheit und Kerbung der oberen mittleren Schneidezähne). Trotz allem bleibt es aber sehr oft bei einer mehr oder weniger gut begründeten Wahrscheinlichkeitsdiagnose, und Sicherheit wird vielfach erst durch den glänzenden Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung gewonnen.

Die Differentialdiagnose ist besonders gegenüber der Dementia paralytica und gewissen Fällen von arteriosklero-

tischer Hirnerkrankung zu erörtern. Die Dementia paralytica führt meist zu einer viel umfassenderen psychischen Schwäche, als die syphilitische Pseudoparalyse, und schließlich zur Vernichtung der Persönlichkeit, während der Defekt bei der Pseudoparalyse, abgesehen vor den letzten Endzuständen jahrelang hingezogener Fälle, mehr ein partieller bleibt. Dagegen zeichnet sich die letztere von der Dementia paralytica durch die größere Mannigfaltigkeit der körperlichen Symptome aus, unter denen Sprach- und Schriftstörungen zurück-, Augenmuskellähmungen mehr hervortreten. Der Verlauf bei der Pseudoparalyse ist außerdem schleppender, führt zu jahrelangen Stillständen und meist nicht direkt zum Tode, sondern zu mehr oder weniger schwerem Siechtum. Gegenüber den stationären Formen der Dementia paralytica ist das Ergebnis der serologischen Untersuchung zu verwerten, welche bei der echten Paralyse nicht nur im Blut, sondern auch in der Spinalflüssigkeit Komplementablenkung ergibt.

Gegenüber der Arteriosklerose ist auf das meist in einer früheren Lebensepoche erfolgende Auftreten der syphilitischen Pseudoparalyse, sowie gleichfalls auf die größere Mannigfaltigkeit der körperlichen Symptome, die größere Häufigkeit der Augenmuskellähmungen und der Pupillenstarre, endlich auf den serologischen Befund hinzuweisen.

In **therapeutischer Beziehung** kommen neben entsprechenden symptomatischen Maßnahmen die antisyphilitischen Behandlungsmethoden in Betracht. In den schweren und oft das Leben bedrohenden Fällen von syphilitischer Amentia ist die schleunige Einleitung einer solchen geradezu Indicatio vitalis.

Literatur.

Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Habilitationsschrift. Jena 1904.

Binswanger, Die bei der Dementia paralytica zitierten Arbeiten. Außerdem: Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Festschrift f. L. Meyer, Hamburg 1891.

Erlenmeyer, Die luetischen Psychosen, Neuwied 1876.

Heubner, Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien, Leipzig 1874.

Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 1, 1901.

Klein, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica. (Daselbst viel Literatur.) Monatsschr. f. Psych., Bd. V, 1890.

Kowalewsky, Die funktionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis. Arch. f. Psych., Bd. XXVI.

Meyer, L., Ueber konstitutionelle Syphilis des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XVIII, 1861.

Mildner, Syphilis der Schädelorgane mit Geistesstörung. Wien. med. Wochenschr. 1872.

Mingazzini, Klinische und pathologische Studien über Frühsyphilis des Gehirns. Monatssch. f. Psych. V.

Derselbe, Fernere Beiträge zum Studium der Lues cerebralis praecox et maligna. Monatsschr. f. Psych. XI.

Moeli, Ueber Hirnsyphilis. Berliner klin. Wochenschr. 1901, S. 117 ff.

Nonne, Syphilis und Nervensystem. 17 Vorlesungen. Berlin 1902.

Oppenheim, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagels Handbuch IX, Bd. II. (Daselbst vollständiges Literaturverzeichnis bis 1897.)

Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887.

Schüle, Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych., XXVIII.

Siemerling, Zur Syphilis des Zentralnervensystems. Arch. f. Psych., Bd. XXII.

Wickel, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Arch. f. Psych., Bd. XXX, 1898.

Wille, Geistesstörungen durch Syphilis. Allg. Zeitschr. f. Psych. XXVIII.

Wunderlich, Die luetischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Volkmanns Sammlung 1875.

Geistesstörungen bei Gehirntumoren.

Die Neubildungen des Gehirns sind sehr häufig von psychischen Anomalien begleitet. In der großen Mehrzahl der Fälle bestehen diese nur in einer **gewissen Benommenheit**, die mit dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses und insbesondere des Hirndruckes zunimmt. Es handelt sich demnach hierbei um ein Allgemeinsymptom, das dem Kopfschmerz, dem Erbrechen, den allgemeinen Krämpfen, der Stauungspapille an die Seite zu setzen ist.

Die Kranken erscheinen infolge dieser Benommenheit wie schlaftrunken, psychisch gehemmt, stumpf, teilnahmlos für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Es bedarf aber, wenigstens in den Anfangsstadien, nur eines leichten Anrufens, um zu zeigen, daß ein Zustand von Demenz, den man nach dem äußeren Verhalten leicht annehmen könnte, nicht besteht. In den späteren Krankheitsstadien nimmt diese leichte Bewußtseinstrübung oft zu, zeigt aber in ihrer Intensität meist erhebliche Schwankungen.

Außerdem kommen **psychotische Zustände** der verschiedensten Art bei Hirntumoren vor, sowohl solche, die durch große Reizbarkeit und tobsüchtige Erregung oder auch durch ein leicht manisches Verhalten mit läppischen Zügen charakterisiert sind, als auch depressive Formen, paralyseähnliche Bilder, durch neurasthenische und hysterische Züge gekennzeichnete Fälle, paranoiaähnliche Zustände usw. Eine bestimmte für den Hirntumor spezifische Psychose gibt es nicht.

Was die Häufigkeit psychischer Störungen bei den Tumoren der verschiedenen Hirnregionen im Vergleich mit der Häufigkeit der Tumoren dieser Regionen überhaupt betrifft, so haben neuere Untersuchungen (Gianelli, Schuster) ergeben, daß die Stirnhirntumoren sich am häufigsten mit psychischer Störung verbinden; es folgen die multiplen Tumoren, die Tumoren des Kleinhirns, der Stammteile und des Balkens, der Zentralgebiete usw.

Demgegenüber finden sich Hirntumoren überhaupt, d. h. abgesehen von der Frage, ob dabei psychische Störungen bestehen oder nicht, am häufigsten im Kleinhirn; es folgen die multiplen und erst an dritter Stelle die Stirnhirntumoren, an welche sich die Tumoren der Zentralgegend und der Stammteile anschließen; an letzter Stelle stehen die Balkentumoren.

Endlich ergibt eine für jede Hirnregion aufgestellte Spezialberechnung, daß Tumoren des Balkens so gut wie ausnahmslos mit psychischer Störung verbunden sind, es folgen die Stirnhirntumoren mit ca. 80 %, die der Temporal- und Occipitallappen, sowie der Hypophysis und die multiplen Tumoren mit 66—60 % und zuletzt die Tumoren des Kleinhirns, der Zentralgegend und der Stammteile mit 35—25 %.

Was sodann die Beziehung zwischen der Art des Tumors und der Häufigkeit der Geistesstörung betrifft, so wird angegeben, daß die Cysticerken sich besonders häufig mit psychischer Störung verbinden.

Die Versuche, bestimmte Beziehungen zwischen der Form der geistigen Störung und der speziellen Lokali-

sation des Tumors im Gehirn herauszufinden, haben bis jetzt zu sicheren Resultaten nicht geführt.

Am verführerischsten erscheint es, dem Stirnlappen, mit Rücksicht auf die ihm wohl mit Recht zugeschriebene besondere Bedeutung für die höheren psychischen Funktionen und die obenerwähnte relative Häufigkeit psychischer Störungen bei Stirnhirntumoren, in dieser Hinsicht eine Sonderstellung anzuweisen, zumal nach der allgemeinen Erfahrung in der Tat bei Tumoren dieser Lokalisation gewisse psychische Krankheitszeichen wie Charakterveränderung und eigenartige Zustände läppisch-heiterer Aufregung (Moria, Witzelsucht) besonders häufig sind. — Daß diese Form der Geistesstörung in der Tat bis zu einem gewissen Grade als für Stirnhirntumoren spezifisch angesehen werden darf, erscheint wahrscheinlich. Der eigentümliche Humor mit Neigung zu witzelnden Bemerkungen, der das Charakteristische des Zustandes ausmacht, kommt aber, wie allgemein zugegeben wird, auch bei Tumoren ganz anderer Lokalisation vor und findet sich gelegentlich auch bei anderen Gehirnerkrankungen, z. B. bei multipler Sklerose. Mat hat deshalb in neuester Zeit das Symptom als echtes Allgemeinsymptom aufgefaßt, daß sich meist auf dem Boden eines durch die Geschwulst direkt oder indirekt bedingten Verblödungsprozesses entwickle. Die Tatsache. das es bei Tumoren des Stirnhirns häufiger als bei solchen anderen Sitzes gefunden wird, erklärt sich dann dadurch, daß Geschwülste dieses Hirnteiles meist Neigung zu relativ langer Krankheitsdauer und besonderer Größenentwicklung zeigen und damit Gelegenheit zu intensiverer Schädigung der Hirnrinde und Hervorrufung einer psychischen Erkrankung haben, während sie deutliche Lokalerscheinungen sehr oft nicht bedingen (Ed. Müller).

Demnach weist das frühzeitige und hervorstechende Auftreten geistiger Erkrankungen bei Gehirntumoren, unter der Voraussetzung, daß nicht andere Momente (psychopathische Belastung, frühere psychische Anomalien) diese erklären, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Sitz des Tumors im Stirnhirn.

Die **Diagnose und Prognose** der Geistesstörungen bei Hirntumor fällt im allgemeinen mit der des letzteren zusammen. — In differentialdiagnostischer Beziehung ist auf die ophthalmoskopische Untersuchung (Stauungspapille) besonderer Wert zu legen.

Therapie. In den Fällen, in denen eine operative Entfernung des Tumors möglich ist, darf nach den bisherigen Erfahrungen auf ein Verschwinden oder eine wesentliche Besserung der Geistesstörung gerechnet werden.

Literatur.

Bruns, L., Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1897.
Gianelli, Gli Effetti directi ed indirecti dei neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali. Policlinico 1897. Ref. Neurol. Centralbl. 1897 und Schmidts Jahrbücher 1898.
Jastrowitz, Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und deren praktische Verwertung, Leipzig 1888. Deutsche med. Wochenschr. 1888.
Müller, Eduard, Ueber psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. Leipzig 1902.
Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagels Handbuch 1897.
Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902.
Welt, Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. XLII, 1888.

Die

Geistesstörungen bei multipler Sklerose

kennzeichnen sich teils als geistige Schwäche teils als psychotische Zustände verschiedenen Charakters.

Die geistige Schwäche tritt meist erst nach längerem Bestehen der körperlichen Erscheinungen deutlicher hervor, bleibt aber im ganzen wenig markant und erreicht, wenn überhaupt, erst spät erheblichere Grade. Man muß sich davor hüten, aus dem Zwangslachen und der zuweilen ganz unverständlichen Sprache auf Demenz zu schließen. Die Kranken werden bei dieser polysklerotischen Demenz (Seiffer) nicht stumpf und interesselos, sondern nur gedächtnisschwach und langsam in ihren intellektuellen Leistungen. Vielfach besteht dabei eine unmotiviert euphorische, nicht selten plötzlich wechselnde Stimmung.

Die psychotischen Zustände gestalten sich verschieden, je nachdem sie mehr dem Initialstadium angehören, also der Entwicklung schwererer körperlicher Störungen vorausgehen oder erst spät, im Endstadium der Krankheit hervortreten. Im ersteren Falle überwiegen affektive Störungen manischer oder depressiver Färbung, zuweilen und zwar besonders im Anschluß an epileptiforme oder hysteriforme Anfälle, mit Beimischung deliranter Episoden. Die manische Erregung trägt bei jüngeren Individuen öfters läppische, moriaartige Züge. Die traurige Verstimmung geht vielfach mit peinlichen Sensationen und hypochondrischen Deutungen einher. — Die in den späteren Stadien auftretenden geistigen Anomalien erinnern durch die dabei nicht selten vorhandenen maßlosen Größenideen an Dementia paralytica und führen nicht selten zu Verwechslungen mit dieser; oft werden sie übrigens bei den äußerlich nicht auffälligen Kranken auch wohl ganz übersehen.

Literatur.

Dannenberger, Zur Lehre von den Geistesstörungen bei der multiplen Sklerose. Dissertation. Gießen 1901.
Müller, Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarkes. Jena 1904.
Raecke, Psychische Störungen bei der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 41.
Seiffer, Ueber psychische, insbesondere Intelligenzstörungen bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych., Bd. 40.

Traumatische Psychosen.

Als traumatische Psychosen besprechen wir hier nur die Fälle, in denen infolge einer traumatischen Schädigung des Schädels und seines Inhalts geistige Störungen zur Entwicklung gelangt sind.

Die traumatischen Neurosen oder Neuropsychosen haben bereits an anderer Stelle (s. das Kapitel „Neurasthenie“ Berücksichtigung

gefunden. Eine scharfe Trennung beider Gruppen ist übrigens praktisch nicht durchführbar, da die Erscheinungen der traumatischen Neurose sich sehr oft mit denen der mechanischen Hirnschädigung verbinden.

Aetiologie.

Für die Entstehung traumatischer Psychosen kommen sowohl die schweren Gewalteinwirkungen in Betracht, die zu einer mehr oder minder ausgedehnten Zertrümmerung des Schädels und seines Inhaltes führen, als auch diejenigen, infolge welcher nur eine geringfügige oder auch gar keine äußere Verletzung stattgefunden hat. Dabei ist ein direktes Aufschlagen oder Getroffenwerden des Kopfes nicht notwendig, da unter Umständen auch ein Fall auf die Füße, die Knie oder das Gesäß denselben Erfolg haben kann. Das gemeinsame Moment bei allen diesen Fällen ist die Gehirndurchschüttelung, die auch bei leichten Traumen (z. B. einer kräftigen Ohrfeige) stattfinden, bei schweren aber ausbleiben kann.

Obwohl Kopfverletzungen in den Anamnesen Geisteskranker mit Recht eine große Rolle spielen, sind doch die Fälle, in denen man von einer unmittelbaren Auslösung einer Psychose durch jene, also von einer traumatischen Psychose im strengsten Sinne sprechen kann, verhältnismäßig selten. In der großen Mehrzahl der Fälle wirken neben dem Trauma noch andere, prädisponierende Momente mit, deren Abschätzung gegeneinander meist schwierig, wenn nicht unmöglich ist. Es ist deshalb ein vergebliches Bemühen, auf statistischem Wege Aufschluß über die Häufigkeit der traumatischen Psychosen gewinnen zu wollen.

Die schädliche Wirkung der Kopfverletzungen auf die Psyche wird einerseits durch gewisse physiologische Dispositionen (Embryonalleben, Pubertät, Senium und Präsenium, resp. Klimakterium), andererseits durch alle jene pathologischen Momente begünstigt, die erfahrungsgemäß die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabzusetzen geeignet sind. In ersterer Beziehung sind insbesondere die Kopfverletzungen während des intrauterinen Lebens und des Geburtsvorganges zu nennen, die eine häufige Ursache von Entwicklungshemmungen und geistigen Schwächezuständen bilden.

Unter den pathologischen Momenten kommt, abgesehen von der neuropathischen Belastung und dem prädisponierenden Einfluß andauernder Gemütsbewegungen, insbesondere die Arteriosklerose infolge von chronischem Alkoholismus und Syphilis in Betracht. — Zwischen der letzteren und den Kopfverletzungen bestehen offenbar besondere ungünstige Wechselbeziehungen, indem einerseits die Syphilis für traumatische Schädigungen besonders empfänglich, andererseits das Trauma eine latente Syphilis manifest macht (Stolper).

Krankheitsformen.

Die traumatischen Psychosen können wir nach ihrer zeitlichen Beziehung zu der Verletzung einteilen in solche, die dem Trauma unmittelbar folgen **(primäre traumatische Psychosen)** und

solche, die von ihm durch einen kürzeren oder längeren Zeitraum getrennt sind (**sekundäre traumatische Psychosen**). Es handelt sich dabei indessen nicht immer um geschlossene psychotische Bilder, sondern vielfach nur um gewisse psychotische Elementarstörungen von eigenartiger Färbung.

Die unmittelbare Folge der mit Gehirnerschütterung verbundenen Kopfverletzung ist ein Zustand von Bewußtlosigkeit, der in schwereren Fällen längere Zeit andauert und mit Erbrechen und Pulsverlangsamung verbunden ist, in leichten dagegen ohne solche Begleiterscheinungen in kürzester Zeit vorübergeht. Der Nachweis, daß Bewußtlosigkeit bestanden hat, ist deshalb unter Umständen nachträglich oft sehr schwer zu erbringen. Aus der Schwere der Verletzung ist in dieser Hinsicht ein sicherer Schluß nicht zu ziehen, da es wesentlich von der Angriffsweise des traumatischen Momentes abhängt, ob dieses geeignet war, eine Gehirndurchschüttelung herbeizuführen oder nicht.

Beim Erwachen aus der Bewußtlosigkeit kann völliges Wohlbefinden bestehen. Vielfach kommt es nach Gehirnerschütterungen zu einer insofern eigenartigen Erinnerungsstörung, als nicht nur der Unfall selbst und die auf ihn unmittelbar folgenden Vorgänge, sondern mehr oder weniger auch die dem Unfall vorausgehenden, der gesunden Zeit angehörigen Ereignisse der Erinnerung entzogen sind (retrograde Amnesie). Die Verletzten wissen nicht, in welcher Situation sie sich zur Zeit des Unfalles befunden, was sie etwa am Morgen des betreffenden Tages oder längere Zeit vorher getan haben usw. In einem Falle meiner Beobachtung, bei dem allerdings auch starker Alkoholismus bestand, hatte ein verhältnismäßig leichter Unfall sogar eine sich auf mehrere Jahrzehnte erstreckende retrograde Amnesie zur Folge.

Eine solche traumatisch bedingte retrograde Amnesie beobachtet man häufig auch bei Individuen, die nach mißglückten Erhängungsversuchen zum Bewußtsein zurückgebracht sind. Diese Fälle haben auch zu den nachstehend besprochenen Formen insofern eine Beziehung, als mit der Wiederherstellung der Zirkulation und Respiration bei ihnen ein deliranter Zustand mit heftiger motorischer Erregung aufzutreten pflegt, der mit dem sogleich zu besprechenden traumatischen Delirium große Aehnlichkeit besitzt. Wenn die Kranken dann nach Tagen erwachen, zeigen sie neben stark herabgesetzter Merkfähigkeit das Symptom der retrograden Amnesie meist in sehr ausgesprochener Weise.

Die primären traumatischen Psychosen werden im ganzen häufiger vom Chirurgen als vom Psychiater beobachtet, wenigstens in ihrem ersten Stadium, dem traumatischen Delirium, welches sich unmittelbar an die durch das Trauma bedingte Bewußtlosigkeit anschließt: Die Kranken erwachen, kommen aber zunächst nicht zu sich, sondern bleiben unklar, verkennen ihre Lage und Umgebung und zeigen oft eine elementare Unruhe, indem sie den Verband abreißen, aus dem Bett springen, sinnlos fortdrängen, um sich schlagen, brüllen usw. Dabei fassen sie sich wohl an den Kopf oder klagen in klareren Augenblicken auch direkt über Kopfweh. Seltener treten in dieser Phase Sinnestäuschungen oder Stimmungsanomalien depressiver oder espansiver Art deutlich hervor. Zuweilen schließt sich an eine kurzdauernde Bewußtlosigkeit ein Dämmerzustand an, in dem die Kranken äußerlich unauffällig

sein und geordnete Handlungen ausführen können, für welche sie nachher keine Erinnerung haben.

Nach mehrtägiger Dauer klärt sich das Bewußtsein, die Kranken zeigen aber jetzt eine auffällige Merkschwäche und dadurch bedingte Schwierigkeit, sich zu orientieren, besonders in zeitlicher Beziehung. Oft kommt es zu Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen, so daß das Zustandsbild lebhaft an den Korsakowschen Symptomenkomplex (s. Alkoholpsychosen) erinnert. — Die so gekennzeichnete akute Kommotionspsychose darf als der eigentliche Typus der primären traumatischen Psychosen angesehen werden (Kalberlah).

Die geschilderten Störungen können sich allmählich wieder ausgleichen, sehr oft bleiben aber gewisse Krankheitserscheinungen auf geistigem und körperlichem Gebiet längere Zeit oder auch dauernd bestehen: Die Kranken sind geistig ermüdbar, sehr empfindlich gegen Geräusche, kalorische Einflüsse, Alkohol, Nikotin usw.; vielfach besteht eine ausgesprochene Menschenscheu, die Kranken sitzen untätig da, sind teilnahmlos, egoistisch, ohne Verantwortungsgefühl, dabei aber in ihrer Auffassung und Urteilsfähigkeit nicht wesentlich gestört und in bezug auf ihren Zustand nicht ohne Einsicht. Besonders auffallend tritt oft die krankhafte Reizbarkeit hervor, die aus kleinem Anlaß zu den heftigsten Wutausbrüchen und gewalttätigen Handlungen führen kann. So kann es zu einer völligen Umwandlung des Charakters kommen (traumatische Degeneration).

In anderen Fällen treten die Zeichen geistiger Schwäche mehr oder weniger deutlich hervor. Die Kranken sind einsichtslos und urteilsschwach, eigensinnig, verschroben, zuweilen prahlerisch und lügenhaft im Sinne der Pseudologia phantastica. So kann sich eine ausgesprochene traumatische Demenz entwickeln, die sich kennzeichnet durch geistige Schwerfälligkeit, Interesselosigkeit bis zu völliger Apathie, Vergeßlichkeit auch für weiter zurückliegende Dinge, Zerfahrenheit, labile Stimmung mit plötzlichen unvermittelten Erregungszuständen usw. Diese Zustände erreichen hohe Grade meist erst nach längerer Dauer, zeigen aber im ganzen einen sehr stationären Charakter und unterscheiden sich schon dadurch von den typischen Fällen der Dementia paralytica. Im übrigen ist hier für die Differentialdiagnose zu verwerten das meist relativ gut erhaltene Altgedächtnis, das geringe Hervortreten ethischer Defekte, das Fehlen wesentlicher körperlicher Störungen (reflektorische Pupillenstarre, Sprachstörung), endlich des typischen cytologischen und serologischen Befundes bei der traumatischen Demenz.

Auf körperlichem Gebiet sind besonders typisch die Klagen über Kopfweh und Schwindel, welche im Verein mit der obenerwähnten gemütlichen Reizbarkeit ein charakteristisches Syndrom der Traumatiker bilden. Der Kopfschmerz wird selten lokalisiert, meist vielmehr als allgemeiner dumpfer Druck geschildert; er zeigt in seiner Intensität eine deutliche Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, wie Bücken, Schütteln, Anstrengungen, Aufregungen, Alkohol, Hitze usw.[1]) Der Schwindel tritt meist nicht spontan, sondern in Anfällen auf, die von gewissen Gelegenheiten (Veränderungen der

[1]) In manchen Fällen ist es nicht ein eigentlicher Schmerz, sondern diese oder jene Mißempfindung besonderer Art, die von den Kranken oft an die Stelle der Verletzung verlegt wird.

Körperhaltung, Bücken, plötzliches Aufstehen usw.) abhängig sind. Zuweilen gelingt es, während der subjektiven Schwindelempfindung einen deutlichen rasch vorübergehenden Nystagmus zu beobachten. Die erwähnte Symptomentrias (Kopfschmerz, Schwindel, Reizbarkeit) kann, oft noch ergänzt durch Merkschwäche und diese oder jene vasomotorische Störungen, die einzige Folge der Schädelverletzung sein und allmählich wieder verschwinden. In einer Reihe von Fällen bilden diese Symptome aber die Krankheitserscheinungen, welche von dem oben besprochenen primären Folgezustande der Verletzung hinüberführen zu den jetzt zu erörternden sekundären traumatischen Psychosen.

Diese können sich kennzeichnen als periodische Steigerung jener Störungen unter gleichzeitiger mehr oder minder ausgesprochener psychischer Depression. So kommt es zuweilen noch nach Jahr und Tag zu ernsthaften Selbstmordversuchen. — Eine besonders wichtige Form stellt die traumatische Epilepsie dar, die sich nur selten unmittelbar an die Kopfverletzung anschließt, dieser vielmehr meist erst nach Wochen, Monaten und selbst Jahren folgt. Von der Läsionsstelle gehen oft motorische, sensible und sensorische Auraerscheinungen aus. Die verletzte Stelle ist schmerzhaft auf Druck; zuweilen sind Anfälle auf diese Weise auszulösen. — Vielfach tritt die Epilepsie jahrelang nur in Form von Schwindelgefühlen auf und es kommt erst weiterhin zu ausgebildeten epileptischen Krämpfen. Verhältnismäßig häufig scheinen in den traumatischen Fällen psychische Aequivalente zu sein. — Endlich wäre noch die gelegentliche Entstehung von Wahnideen persekutorischer Art im Zusammenhang mit Schädeltraumen zu erwähnen. Meist handelt es sich dabei wohl zunächst um gewisse geistige Schwächeerscheinungen und die spätere Umdeutung von quälenden Mitempfindungen im Kopfe.

Im allgemeinen muß man mit Bezug auf die Anerkennung direkter ätiologischer Beziehungen zwischen einer Kopfverletzung und einer später aufgetretenen, den bekannten Formen entsprechenden Psychose sehr vorsichtig sein. Behauptet wird ein solcher Zusammenhang bekanntlich ungemein häufig und für nahezu alle Formen psychischer Erkrankung. Eine diesbezügliche Frage wird deshalb in vielen Fällen ohne weiteres verneint werden, und höchstens die Verstärkung einer sicher bestehenden individuellen Prädisposition zugegeben werden können. Im übrigen wird bei der Begutachtung zweifelhafter Fälle zu berücksichtigen sein: die Schwere des Unfalls, die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung (Erschütterung) des Gehirns selbst, die Frage der Bewußtlosigkeit nach dem Trauma, der zeitliche Zusammenhang zwischen diesem und den psychischen Störungen, der Gesundheitszustand des betreffenden Kranken vor der Verletzung, endlich die klinische Form der psychischen Störung.

Pathologische Anatomie.

Makroskopisch kommen in Betracht vor allem Schädelbrüche mit oder ohne Verletzung der Weichteile und des Schädelinnern. Zerreißung der Dura kommt sowohl bei subkutanen als auch bei komplizierten Frakturen vor. Blutungen aus den meningealen Gefäßen führen zu supra- und subduralen Hämatomen

und zwar nicht nur bei direkter Verletzung des Schädels, sondern unter Umständen auch bei bloßer Erschütterung des Körpers. Kleinere Blutergüsse werden leicht resorbiert. Durazerreißungen heilen unter Narbenbildung.

Ueber das eigentliche anatomische Substrat und das Wesen der traumatischen Psychosen werden wir mit Bestimmtheit erst etwas aussagen können, wenn wir die feineren Vorgänge bei der Gehirnerschütterung kennen. Neuere Untersuchungen (Kronthal, Friedmann u. a.) haben Veränderungen an den kleinen Hirngefäßen ergeben, die man zu dieser in Beziehung gebracht hat. Die Veränderungen bestanden in frühzeitiger Arteriosklerose, Erweiterung und Ausbuchtung der Kapillaren, hyaliner Entartung und Rundzelleninfiltration ihrer Wandung, Erweiterung der Gefäßscheiden und teilweiser Ausfüllung dieser mit Blutpigment und Rundzellen. Im Zusammenhang damit sind die Befunde multipler Erweichungen von Interesse, die verschiedene Autoren in den Gehirnen von tödlich auf den Kopf gestürzten Individuen erhoben haben.

Hiernach erscheint es naheliegend, das Wesen der Gehirnerschütterung und ihrer Folgen in einer akuten Ernährungsstörung der Großhirnrinde infolge gestörter Tätigkeit der Hirngefäße, und den Folgezuständen einer solchen zu sehen. — Von anderer Seite (Köppen) wird mehr Wert auf die häufigen Quetschungen der Hirnsubstanz, besonders an der Basis der Stirnlappen, an der Spitze der Schläfenlappen sowie am Hinterhauptlappen, und auf entsprechende Narbenbildung gelegt, von der ausgehend plötzliche Reize auf dem Wege zirkulatorischer Störungen die Allgemeinerscheinungen hervorrufen sollen.

Die **Diagnose** des traumatischen Deliriums ist im allgemeinen einfach, wenn dieses sich unmittelbar an die Verletzung anschließt. — Differentialdiagnostisch könnte das Alkoholdelirium in Betracht kommen, das sich aber durch die charakteristischen (Tier-) Halluzinationen, den eigenartigen Bewußtseinszustand, den Trinkerhumor, den Beschäftigungsdrang, endlich auch durch den Tremor meist deutlich genug kennzeichnet. — Auf die Schwierigkeiten, welche die Unterscheidung der posttraumatischen und der paralytischen Demenz machen kann, ist bereits oben hingewiesen worden. In seltenen Fällen wird diese erst nach längerer Beobachtung möglich sein.

Therapeutisch könnte im speziellen Fall ein operativer Eingriff in Frage kommen.

Literatur.

Bergmann, Die Lehre von den Kopfverletzungen. Stuttgart 1880.
Brun, H., Der Schädelverletzte und seine Schicksale. Bruns Beiträge für Chir. 1903.
Bruns, O., Ueber retrograde Amnesie. I.-D., Tübingen 1903.
Budinger, Ein Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Zeitschr. f. Chir., Bd. XLI.
Dinkler, Mitteilung eines letal verlaufenden Falles von traumatischer Gehirnerkrankung. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1895.
Friedmann, Ueber eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei derselben im allgemeinen. Arch. f. Psych., Bd. XXIII, 1891.
Derselbe, Weiteres über den vasomotorischen Symptomenkomplex nach Kopferschütterung. Münch. med. Wochenschr. 1893.
Derselbe, Ueber einen weiteren Fall von nervösen Folgezuständen nach Gehirnerschütterung mit Sektionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. XI, 1897.

Grashey, Allgemeine fortschreitende Paralyse nach Trauma. Obergutachten. Ref. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901.
Gudden, Zur Aetiologie usw. der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas usw. Arch. f. Psych., Bd. XXVI.
Guder, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Jena 1886.
Kalberlah, Ueber die akute Kommotionspsychose. Arch. für Psych., Bd. 38, 1904.
Kaplan, Trauma und Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898.
Kölpin, Die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Volkmanns Sammlg. klin. Vorträge. Inn. Medizin Nr. 125.
Köppen, Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII.
Krafft-Ebing, Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.
Kronthal u. Sperling, Eine traumatische Neurose mit Sektionsbefund. Neurol. Centralbl. 1889.
Mendel, Das Delirium hallucinatorium. Berl. kl. Wochenschr. 1894.
Näcke, Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Gehirnerschütterung usw. Neurol Centralbl. 1877.
Sachs-Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin 1899.
Schüller, Psychosen nach Kopfverletzung. Diss., Leipzig 1892.
Siemerling, Kasuistischer Beitrag zur forensischen Beurteilung der traumatischen Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung. Tübingen 1895.
Stolper, Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1897.
Derselbe, Traumatische Psychose bei latenter Syphilis. Aerztl. Sachverständigenztg., Nr. 6, 1904.
Wagner, Ueber Trauma, Epilepsie und Geistesstörung. Jahrb. f. Psych., Bd. VIII.
Watraszewski, Syphilis und Kopfinsulte. Arch. f. Derm. u. Syph. 1887.
Werner, Ueber die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1902. (Daselbst reichhaltiges Literaturverzeichnis.)
Wollenberg, Ueber gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Festschr. der P.-I.-A. Nietleben. Leipzig 1895.
Derselbe, Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen. Arch. f. Psych., Bd. 31, H. 1 u. 2.

Sachregister.

B.

F.

I.

J.

K.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

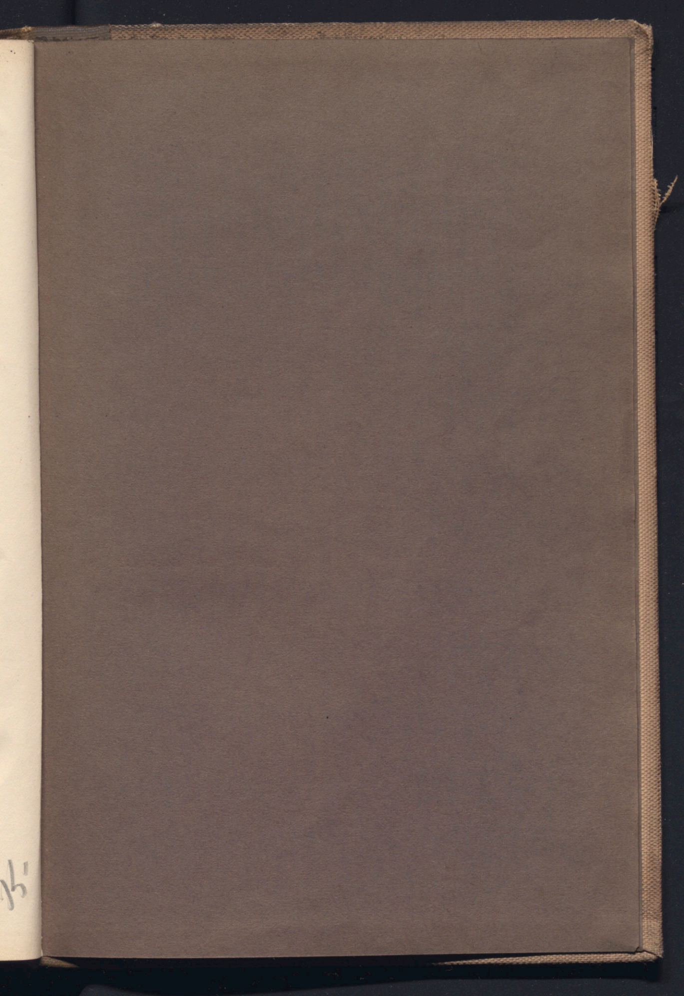
U.

V.

W.

Z.

G. Pätz'sche Buchdr. Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. d. S.








UNIVERSITY OF CHICAGO
72 756 444